



AMBITO DISTRETTUALE DI MORTARA

ISTITUITO EX LEGGE 328/2000

TRA LE AMMINISTRAZIONI COMUNALI DI

**ALBONESE, CANDIA LOMELLINA, CASTELLO D'AGOGNA, CASTELNOVETTO, CERETTO, CERGNAGO,
CILAVEGNA, COZZO, LANGOSCO, MORTARA, NICORVO, OLEVANO DI LOMELLINA, PALESTRO,
PARONA, ROBBIO, ROSASCO, SANT'ANGELO LOMELLINA, TORREBERETTI E CASTELLARO, ZEME**



PIANO DI ZONA 2015-2017





SOMMARIO

Contesto istituzionale e organizzativo	Pag. 3
I principi ispiratori della programmazione 2015-17	
Il quadro normativo di riferimento	Pag. 7
Riferimenti normativi nazionali	
Riferimenti normativi regionali	Pag. 9
La <i>governance</i> del Piano di zona: funzione e composizione degli organismi di programmazione	Pag. 11
Valutazione dei risultati della triennalità 2012-14	Pag. 12
Commento esiti programmazione 2012-2014	
Programmazione del nuovo triennio 2015-17	Pag. 20
Integrazione sociale e socio-sanitaria	
Ricomposizione di conoscenza, risorse, servizi	
Un <i>welfare</i> che crea valore per le persone, le famiglie e la Comunità	Pag. 21
Il percorso di integrazione sovra-distrettuale	Pag. 24
Lavori dei Tavoli tematici per la definizione degli obiettivi comuni sovra-zonali	
Area Minori	Pag. 25
Strutture e servizi prima infanzia	Pag. 25
Minori inseriti in strutture residenziali sociali	Pag. 26
Area Adulti	Pag. 28
Area Anziani	Pag. 30
Conoscenza e analisi socio-demografica del territorio	Pag. 38
Dati socio-demografici del territorio	Pag. 38
Accessi all'ufficio di Piano	Pag. 45
Commento complessivo sui dati e sui bisogni emergenti	Pag. 46
Strategie dell'Ambito di Mortara	Pag. 48
Proposta per avviamento di un servizio di protezione giuridica per le persone fragili a livello di ambito del Piano di Zona di Mortara	Pag. 56
Nota conclusiva	Pag. 57
APPENDICE	
<i>Analisi descrittiva del contesto epidemiologico e della rete delle UdO territoriali dell'ASL di Pavia</i>	





CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO

I principi ispiratori della programmazione 2015-17

La legge regionale 3/2008, emanata con la *ratio* di promuovere il benessere e l'inclusione sociale della persona, sia singolarmente sia come componente di un nucleo familiare (art.1 c.1), istituisce il Piano di Zona come "strumento di programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale", attribuendogli la funzione di definizione delle modalità di accesso alla rete, attraverso la configurazione di un processo strategico che individua gli strumenti e le risorse necessarie per il raggiungimento degli obiettivi e l'attuazione delle priorità di intervento (art.18 c.1).

A partire dai primi Piani di Zona sviluppatasi nel 2002-05, si sono succedute altre tre triennali, durante le quali si è sviluppata una progressiva introduzione di titoli sociali, una riorganizzazione dei servizi comunali, anche attraverso forme di gestione associata, il coinvolgimento del Terzo settore e il governo dell'accesso ai servizi.

Per il triennio 2015-17, le linee di indirizzo per l'integrazione della programmazione sociale e socio-sanitaria a livello locale sono definite dalla d.g.r. 2941/14, che si propone, fra l'altro, di integrare risorse e conoscenze degli attori territoriali. L'obiettivo è costruire risposte innovative ed efficaci ai bisogni vecchi e nuovi emersi sul territorio, tenendo fede ad una impostazione focalizzata sul potenziamento e il miglioramento della rete dei servizi di *welfare* locale. Tramite il Piano di Zona, strumento essenziale di programmazione locale, è possibile pianificare gli interventi atti a definire le politiche sociali di un territorio, individuando così i cambiamenti e le innovazioni da applicare nelle modalità di funzionamento del sistema di *welfare*.

Questa triennalità è parte integrante di un più ampio progetto di riorganizzazione del *welfare* lombardo che, con l'apertura della X legislatura, è destinato a un rilancio fondato sull'ottica della *innovazione* e della *integrazione*. In questo quadro assume grande rilevanza la programmazione zonale perché è in questo processo di confronto che si possono individuare le nuove priorità e si possono definire modelli di intervento integrati.

Al centro dell'attuale pianificazione del *welfare* locale vi è la famiglia, intesa come l'unità a cui dare risposta rispetto ai bisogni sociali e socio-sanitari che possono trovare adeguata soluzione all'interno della rete di offerta. Per far sì che tale offerta rispetti dei requisiti di efficacia ed efficienza sia sul versante del servizio erogato sia da quello del costo, Regione Lombardia ritiene sia necessario porre il focus sulla ricomposizione istituzionale e finanziaria degli interventi e sulle linee di programmazione. La programmazione locale punta ad implementare un lavoro in cui il principio di efficacia venga perseguito con specifica attenzione al processo, accantonando le logiche formalistiche di adempimento giuridico-amministrativo. Attraverso questo nuovo approccio i servizi sociali possono rispondere, in un'ottica di miglioramento continuativo, alla sempre maggiore complessità di bisogni espressi, all'emersione delle nuove povertà, ai cambiamenti del contesto socio-culturale e familiare, alle maggiori aspettative verso la qualità dei servizi erogati.

La sfida che devono affrontare i servizi di *welfare* locale consiste nella individuazione di *best practice* che sappiano ricomporre, in un'ottica di efficienza, da un lato reti familiari sempre più fragili ed incapaci gestire alcuni bisogni consolidati, dall'altro l'aspettativa di finanze pubbliche non espansive.





Conseguentemente, questa programmazione si discosta dalle precedenti per alcuni elementi di innovazione sostanziali. Al fine di raggiungere un maggior grado di integrazione e procedere nella direzione di una reale ricomposizione degli interventi, aumentando la prossimità ai soggetti che godono dei servizi erogati dalla rete territoriale, la programmazione 2015-17 pone maggiormente l'accento sul ruolo dei Piani di Zona perché ritenuti gli attori titolati a compiere una funzione di "integrazione" tra i diversi soggetti del *welfare* locale. In quest'ottica di integrazione e di ricomposizione, l'accento è posto sulla formazione delle scelte inerenti la politica sociale, basate sulla lettura dei bisogni: come recita la d.g.r. 2941/14, è necessario superare un sistema fondato "sull'erogazione delle prestazioni" per giungere ad un sistema fondato sui "bisogni di ascolto, cura, sostegno e presa in carico".

Il *welfare* locale deve quindi istituzionalizzare la propria capacità di leggere in modo integrato i bisogni dei singoli e delle loro famiglie, con particolare attenzione ai componenti fragili, potenziando la presa in carico di tali bisogni - in un'ottica di analisi multidimensionale - e valutando la bontà e l'appropriatezza degli interventi. Da questa prospettiva potremmo parlare di una logica duale di appropriatezza, ossia corretta individuazione del bisogno ma anche individuazione delle risposte migliori. Seguendo questo percorso, le politiche sociali della nuova triennalità si indirizzano verso la centralità della presa in carico integrata e verso la continuità assistenziale per i soggetti riceventi la prestazione (in un quadro di corretta valutazione delle misure impiegate), al fine di:

- ottimizzare le sinergie fra i diversi attori operanti sul territorio, pubblici e privati, e la risposta delle famiglie; vista la radicata presenza sul territorio di numerosi operatori del terzo settore, si configura la necessità di consolidare e razionalizzare il ricorso a tale rete di protezione sociale in una progettazione strutturata, per perseguire un adeguato utilizzo delle risorse;
- contrastare sia aree di sovrapposizione e duplicazione, sia la configurazione di rilevanti spazi dei bisogni non adeguatamente coperti.

La logica dell'appropriatezza investe così direttamente i territori, portando le istituzioni del governo locale a impegnarsi in una corretta e organica lettura dei bisogni, per uscire non solo dalla logica dell'erogazione del servizio ma anche da quella del semplice incontro tra domanda e offerta. Questo obiettivo è reso più complicato - ma al contempo ancor più necessario - dalla frammentazione del contesto di riferimento, dalla pluralità dei nuovi bisogni emersi, dalla molteplicità degli attori e dal dinamismo/conflittualità, che sono prodotti naturali di un contesto plurale.

Affinché la programmazione delle politiche sociali a livello locale sia in grado di adattarsi ai nuovi bisogni, è necessario che sia costruita su una corretta analisi dei fenomeni sociali - contingenti e strutturali - che più premono, per una riforma del sistema di *welfare*.

Il contesto economico, segnato dal lungo protrarsi della crisi ha contribuito ad ampliare il numero dei soggetti, singoli e famiglie, che necessitano di accedere alla rete dei servizi prodotti dalle politiche sociali.

L'invecchiamento della popolazione e l'emersione di nuovi bisogni, legati alla fragilità, implicano interventi più efficaci e calibrati su bisogni sempre più complessi, cui rispondere con interventi altamente specializzati. La stessa contrazione delle risorse pubbliche incide sul modo di pensare e





progettare tali interventi, abbracciando una logica non di mero risparmio ma di efficienza nell'utilizzo delle minori risorse a disposizione.

In un quadro definito da questi elementi emerge prepotentemente il limite principale che caratterizza il modello di *welfare* locale, ossia la sua eccessiva frammentazione. Diventa pertanto strategico orientarsi verso una generale ricomposizione basata sulla capacità del sistema di procedere verso una maggiore integrazione funzionale, sia dal punto di vista degli interventi, che dei servizi.

Come rilevato dalla d.g.r. 2941/14, tale frammentazione è riscontrabile a diversi livelli, trasversalmente alla struttura del *welfare* locale e dei suoi elementi costitutivi:

- nelle *titolarità*, ossia nel rapporto tra ASL ed Enti locali e nella necessità di evitare sovrapposizioni delle competenze e degli interventi;
- nelle *risorse* e nella loro distribuzione;
- nelle *conoscenze*, ossia nella necessità di approdare a una conoscenza più organica della realtà sociale e dei bisogni, che scaturiscono al suo interno, giungendo ad avere una "visione d'insieme"; in quest'ottica, una delle funzioni peculiari della Cabina di Regia è quella di dar luogo alla implementazione e alla condivisione di piattaforme informatiche che, attraverso agili processi di inserimento e condivisione dei dati, possano favorire l'accessibilità, in tempo reale, alle informazioni sulle persone fragili prese in carico dal *welfare* locale.
- nei *servizi* forniti e quindi nei percorsi di accompagnamento degli utenti verso la risoluzione dei problemi esistenti.

Puntando al superamento della frammentazione e al raggiungimento di una più efficace lettura del bisogno (anche in chiave preventiva), sarà fondamentale il ruolo dei Piani di Zona. Gli Uffici di Piano sono gli attori strategicamente più importanti di questa partita, perché sono in grado di ricomporre la frammentazione del *welfare* locale intervenendo sull'offerta - in particolare orientando l'intervento di risposta sul reale bisogno del soggetto, riducendo la complessità di accesso ai servizi e promuovendo competenze in grado di innovare i servizi di *welfare*. Per far sì che i Piani di Zona siano in grado di promuovere queste azioni è necessario che sia accantonata la semplice funzione di gestore per muoversi verso quella di promotore di nuovi strumenti e azioni di *welfare*, inoltre è necessario che gli interventi siano condotti con un orientamento volto a integrare anche differenti aree di *policy*: casa, lavoro, sanità e scuola.

La programmazione acquisisce dunque un nuovo significato: grazie alla maggiore centralità, può contribuire positivamente alla ricomposizione tra le diverse istituzioni e tra le azioni svolte dagli altri attori che operano nel *welfare* locale.

Ai sensi di quanto indicato nella d.g.r. 2941/14, i soggetti pubblici del *welfare* locale detengono complessivamente una quota del 25-30% del sistema di *welfare* nazionale, a sua volta redistribuita fra Comuni, ASL, Uffici di Piano. Ne consegue una frammentazione dei servizi che ostacola l'incontro con le persone meno informate, proprio perché potenzialmente più fragili: i percorsi si fanno più complessi, richiedendo capacità da parte delle persone/famiglie di muoversi tra i servizi per esprimere una domanda matura. Gli Uffici di Piano risultano attore di primaria importanza nel supportare i soggetti fragili, affrontando una complessa sfida di carattere culturale, che li porti ad affiancare alle funzioni gestionali-amministrative, la funzione di promotore di connessioni e strategie sinergiche con le risorse del territorio in un'ottica di semplificazione.





Questo passaggio è fondamentale perché specifica come il senso delle priorità stabilite a livello regionale non siano tanto nelle singole scelte di *policy making* - che invece vengono lasciate all'autonomia degli Ambiti - quanto nella necessità di stabilire un metodo comune, che consenta un effettivo superamento della frammentazione e della logica che la accompagna.

E' auspicabile che si faccia luogo ad una integrazione sovracomunale, sopra Ambito e fra Comuni e ASL per socializzare gli spazi di manovra disponibili, nel rispetto dell'operatività dei singoli Comuni. Un sistema di conoscenze, consolidato e condiviso, offre ad ogni Ente la possibilità di un'autovalutazione e un miglioramento più agile ed efficace delle proprie *performance*. Ciò è possibile attraverso la comparazione delle buone prassi adottate e condivisibili: dal monitoraggio ed efficientamento della spesa fino ad una funzionale integrazione dei servizi erogati, senza escludere percorsi di carattere strategico volti ad implementare, accanto alle *routine* consolidate, capacità di risposta a fronte di nuove emergenze sociali. Si configura all'interno degli Ambiti anche la possibilità di una riflessione costruttiva sul *trend* temporale dei risultati raggiunti, anche confrontandosi con realtà significative perché simili per caratteristiche.

L'obiettivo di ricomposizione caldeggiato da Regione Lombardia corre lungo tre direttrici:

- una *ricomposizione delle risorse* investite;
- una *ricomposizione delle conoscenze* e delle informazioni per orientare meglio le scelte;
- una *ricomposizione dei servizi* offerti.

In linea con quanto espressamente richiesto dalla d.g.r. 2941/14, nell'ambito della definizione del Piano di Zona risulta prioritaria l'individuazione di obiettivi ed indicatori, che, in un orizzonte temporale prefissato, possano qualificare o quantificare l'efficacia e l'efficienza degli interventi posti in essere. Laddove possibile, il monitoraggio periodico di detti indicatori consentirebbe una correzione *in progress* dei percorsi di *governance* del *welfare* locale, proprio per il perseguimento del miglioramento continuo, secondo le migliori prassi del *processo PDCA (Plan-Do-Check-Act)*, caratteristico, ad esempio, delle Certificazioni di Qualità UNI-EN-ISO 9001.

Gli Ambiti dovranno perciò impostare la propria *mission* tenendo conto di queste indicazioni strategiche, superando le grandi criticità che sono emerse in ciascuno dei tre settori indicati. La direzione corretta è impostare un modello di programmazione centrato, nel limite del possibile, sull'intervento preventivo piuttosto che sul tamponamento di situazioni critiche, se prevedibili. Come precedentemente specificato, ecco che il *focus* si sposta sui bisogni piuttosto che sulla domanda, in un quadro di integrazione delle diverse aree di *policy*.

Considerando come prioritario il tema della ricomposizione, sono stati individuati degli strumenti da mettere a disposizione degli Ambiti per perseguire tale obiettivo - e in generale potenziare il processo di programmazione. Questi strumenti sono:

- il *sistema di conoscenza* dell'evoluzione delle *policy* di *welfare* locale, da avviare verso un progetto di ottimizzazione dei flussi informativi,
- il *sistema di rendicontazione* della spesa sociale dei Comuni,
- l'*anagrafica* delle unità d'offerta sociali,

A questi strumenti si aggiungono i flussi di rendicontazione regionale, ossia:

- il *Fondo sociale regionale*,
- il *Fondo nazionale per la non autosufficienza*.





L'utilizzo integrato di questi strumenti consentirà agli Ambiti di avviare e consolidare i processi di ricomposizione e integrazione, contribuendo a rendere sempre più il Piano di Zona un perno degli interventi nel settore delle politiche sociali e il baricentro del più ampio processo di riorganizzazione dell'offerta sociale.

IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Riferimenti normativi nazionali

Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

Art. 1 - Principi generali e finalità

1. La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione.
2. Ai sensi della presente legge, per "interventi e servizi sociali" si intendono tutte le attività previste dall'articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

Art. 19 - Piano di zona

1. I comuni associati, negli ambiti territoriali di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 4, per gli interventi sociali e socio-sanitari, secondo le indicazioni del piano regionale di cui all'articolo 18, comma 6, a definire il piano di zona, che individua:
 - a) gli obiettivi strategici e le priorità di intervento nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione;
 - b) le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali, i requisiti di qualità in relazione alle disposizioni regionali adottate ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera h);
 - c) le forme di rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo di cui all'articolo 21;
 - d) le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni;
 - e) le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali, con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia;





- f) le modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;
 - g) le forme di concertazione con l'azienda unità sanitaria locale e con i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4.
2. Il piano di zona, di norma adottato attraverso accordo di programma, ai sensi dell'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142, e successive modificazioni, è volto a:
- a) favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;
 - b) qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate dalle forme di concertazione di cui al comma 1, lettera g);
 - c) definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende unità sanitarie locali e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi;
 - d) prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.
3. All'accordo di programma di cui al comma 2, per assicurare l'adeguato coordinamento delle risorse umane e finanziarie, partecipano i soggetti pubblici di cui al comma 1 nonché i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, e all'articolo 10, che attraverso l'accreditamento o specifiche forme di concertazione concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel piano.

Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 112 "Conferimento di funzioni dello Stato alle Regioni ed agli Enti locali"

Art. 128 - Oggetto e definizioni

- 1. Il presente capo ha come oggetto le funzioni e i compiti amministrativi relativi alla materia dei "servizi sociali".
- 2. Ai sensi del presente decreto legislativo, per "servizi sociali" si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia.





Riferimenti normativi regionali

Legge Regionale - Regione Lombardia 12 marzo 2008, n. 3 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario"

Art. 1 - Finalità

1. La presente legge, al fine di promuovere condizioni di benessere e inclusione sociale della persona, della famiglia e della comunità e di prevenire, rimuovere o ridurre situazioni di disagio, dovute a condizioni economiche, psico-fisiche o sociali, disciplina la rete delle unità d'offerta sociali e socio-sanitarie, nel rispetto dei principi e dei valori della Costituzione, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, dello Statuto regionale, nonché nel rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, in armonia con i principi enunciati dalla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e con le leggi regionali di settore.

Art. 18 - Piano di zona

1. Il piano di zona è lo strumento di programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale. Il piano definisce le modalità di accesso alla rete, indica gli obiettivi e le priorità di intervento, individua gli strumenti e le risorse necessarie alla loro realizzazione.
2. Il piano di zona attua l'integrazione tra la programmazione della rete locale di offerta sociale e la rete d'offerta sociosanitaria in ambito distrettuale, anche in rapporto al sistema della sanità, dell'istruzione e della formazione e alle politiche del lavoro e della casa.
3. I comuni, nella redazione del piano di zona, utilizzano modalità che perseguono e valorizzano il momento della prevenzione e, nella elaborazione di progetti, promuovono gli interventi conoscitivi e di studio rivolti alla individuazione e al contrasto dei fattori di rischio.
4. Il piano di zona è approvato o aggiornato dall'Assemblea distrettuale dei sindaci entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, secondo modalità che assicurano la più ampia partecipazione degli organismi rappresentativi del terzo settore e l'eventuale partecipazione della provincia.
5. La programmazione dei piani di zona ha valenza triennale, con possibilità di aggiornamento annuale.
6. L'ambito territoriale di riferimento per il piano di zona è costituito, di norma, dal distretto sociosanitario delle ASL.
7. I comuni attuano il piano di zona mediante la sottoscrizione di un accordo di programma con l'ASL territorialmente competente e, qualora ritenuto opportuno, con la provincia. Gli organismi rappresentativi del terzo settore, che hanno partecipato alla elaborazione del piano di zona, aderiscono, su loro richiesta, all'accordo di programma.
8. Il piano di zona disciplina l'attività di servizio e di segretariato sociale.
9. Al fine della conclusione e dell'attuazione dell'accordo di programma, l'assemblea dei sindaci designa un ente capofila individuato tra i comuni del distretto o altro ente con personalità giuridica di diritto pubblico.
10. L'ufficio di piano, individuato nell'accordo di programma, è la struttura tecnico-amministrativa che assicura il coordinamento degli interventi e l'istruttoria degli atti di esecuzione del piano. Ciascun comune del distretto contribuisce al funzionamento





dell'ufficio di piano proporzionalmente alle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili e comunque senza maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

11. La Giunta regionale, decorso inutilmente il termine per l'approvazione del piano di zona, previa diffida ad adempiere entro sessanta giorni, provvede, sentita l'assemblea distrettuale dei sindaci, alla nomina di un commissario ad acta (16).

(16) L'art. 17, comma 1, lettera h), L.R. 5 febbraio 2010, n. 7 ha così modificato il presente comma.

Deliberazione Giunta Regionale 19 dicembre 2014, n. 2941 "Un welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la comunità - Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2015-2017".

7. Indicazioni per la definizione della programmazione locale

7.1 Il Piano di Zona

Il Piano di Zona rappresenta il documento di programmazione che integra la programmazione sociale con quella sociosanitaria regionale e definisce il quadro unitario delle risorse. Obiettivo della programmazione è quello di integrare risorse e conoscenze degli attori territoriali. In quantotale la programmazione sociale si deve connettere con gli altri strumenti di programmazione degli enti locali del territorio e con le altre iniziative di promozione di interventi di rete (ad esempio in tema di conciliazione dei tempi di vita e lavoro ed iniziative rivolte ai giovani). Il Piano di Zona, che costituisce il tradizionale strumento di programmazione sociale, deve esplicitare gli altri strumenti di programmazione degli interventi che concorrono a definire le politiche sociali del territorio (il Documento di programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari dell'A.S.L., i Piani integrati locali di promozione della salute, il Piano di governo del territorio, il Piano territoriale degli orari dei servizi, i Patti territoriali per l'occupazione, Reti territoriali di conciliazione).

Gli Enti Locali titolati alla predisposizione di documenti di programmazione settoriale dovranno, a loro volta, tenere conto dei principi espressi dal Piano di Zona locale.

Il territorio di riferimento è di norma coincidente con il distretto sociosanitario con facoltà di aggregazione tra distretti afferenti alla stessa A.S.L.. Laddove si verificano condizioni favorevoli in termini di gestione delle unità di offerta sociali, di accesso ai servizi da parte delle persone e di caratteristiche territoriali Comuni a più Ambiti, si ritiene strategico pensare ad una programmazione sociale territoriale rivolta a più distretti e quindi sottoscrivere Accordi di Programma sovra distrettuali.

Regione Lombardia incentiva la sperimentazione di una programmazione sociale condivisa tra più Ambiti afferenti alla stessa A.S.L..

In ogni caso si richiede che nella Cabina di regia, istituita presso ciascuna A.S.L., si definisca una parte condivisa tra A.S.L. e Ambiti territoriali afferenti in cui siano sviluppati i seguenti aspetti:

- un'analisi dei bisogni, delle risposte, dei soggetti e dei network attivi sul territorio effettuata entro un perimetro di conoscenza sovra distrettuale, coincidente con il territorio dell'A.S.L. di riferimento;
- l'individuazione di obiettivi e azioni condivise per la realizzazione dell'integrazione sociosanitaria.





LA GOVERNANCE DEL PIANO DI ZONA:

Funzione e composizione degli organismi di programmazione

ORGANISMO	DESCRIZIONE	FUNZIONI
Organismo Politico	Assemblea Distrettuale dei Sindaci (per la validità delle sedute, è richiesta la rappresentatività della maggioranza assoluta determinata sulla base degli abitanti -residenti- di ogni Comune aderente)	<ul style="list-style-type: none">-Approvazione documento di Piano e suoi eventuali aggiornamenti;-Verifica annuale dello stato di raggiungimento degli obiettivi di Piano;-Aggiornamento delle priorità, coerentemente con la programmazione triennale e le risorse disponibili;-Approvazione annuale dei piani economico-finanziari di preventivo e i rendiconti di consuntivo;-Approvazione dei dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione, per la trasmissione all'ASL, ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi.
Organismo consultivo (tecnico-politico)	Tavolo di gestione (organo composto da sette Sindaci -o loro delegati- individuati dall'Assemblea Distrettuale dei Sindaci, compreso il Comune capofila, dal responsabile dell'Ufficio di Piano e dagli Assistenti Sociali operanti nell'Ambito Distrettuale)	<ul style="list-style-type: none">-Formulazione all'Assemblea dei Sindaci di pareri e proposte sulle linee di indirizzo e di programmazione dei servizi e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie;-Formulazione di proposte relative alle linee guida sui servizi erogati ed in applicazione delle leggi di settore;-Definizione delle modalità di integrazione col terzo settore.
Organismo di supporto tecnico ed esecutivo	Ufficio di Piano (soggetto di supporto alla programmazione, con funzioni tecnico-amministrative relative agli interventi per il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Zona)	<ul style="list-style-type: none">-Supporto alla programmazione e pianificazione degli interventi;-Costruzione e gestione del <i>budget</i>;-Amministrazione delle risorse complessivamente assegnate;-Coordinamento della partecipazione dei soggetti aderenti all'accordo di programma;-Assolvimento dei debiti informativi;-Coordinamento dei rapporti ASL/Ambito Distrettuale;-Coordinamento dei rapporti con il Terzo Settore.





VALUTAZIONE DEI RISULTATI DELLA TRIENNALITÀ 2012-14

Commento esiti programmazione 2012-2014

Il consuntivo della programmazione triennale 2012-2014 si è concluso per L'Ambito Distrettuale di Mortara positivamente.

L'Ambito Distrettuale di Mortara, formato da 20 comuni di cui solo 3 con popolazione al di sopra dei 5.000 abitanti, ha potuto fornire e implementare nel corso degli anni i servizi e gli interventi di prevenzione e supporto soprattutto in quei Comuni privi di ogni servizio.

I fondi annualmente assegnati con deliberazioni regionali e provenienti dal Fondo Nazionale delle Politiche Sociali all'ambito distrettuale hanno integrato le risorse dei Comuni per garantire l'erogazione/attivazione dei servizi previsti nella triennalità 2012-14 su tutto il territorio del distretto, con particolare attenzione proprio per quei Comuni che sino all'entrata in vigore della legge 328/2000 e dell'adozione dei PdZ erano del tutto o parzialmente privi di alcune tipologie di interventi sociali.

Gli obiettivi previsti dalla pianificazione zonale per la triennalità 2012-14 sono stati raggiunti.

La previsione finanziaria e la programmazione delle politiche sociali hanno permesso l'evasione di tutte le richieste pervenute nel triennio, garantendo così un'adeguata risposta al bisogno, rivolta con particolare attenzione ad anziani, disabili e minori.

Estremamente soddisfacente è stata la risposta all'emergenza lavorativa tramite il Punto Lavoro, istituito presso il Comune di Mortara a cui possono accedere tutti gli abitanti del Distretto, questo servizio, oltre alla raccolta dei curriculum vitae, ha un contatto diretto col Centro per l'Impiego e tiene i contatti con le aziende del territorio, e anche con alcune aziende di territori vicini (provincia di Novara), che pur appartenendo ad un'altra regione, sono geograficamente vicini a noi.

L'addetta che si occupa di detto servizio fa anche il bilancio di competenze, per far sì che al momento di richieste da parte di aziende si possono indirizzare le persone che hanno attinenza col tipo di lavoro richiesto. Nel corso del triennio di pianificazione zonale, hanno trovato collocazione lavorativa 63 persone a tempo indeterminato e altre a tempo determinato (soprattutto ASA e OSS per le sostituzioni di malattie e ferie).

Particolare rilevanza ha il livello di collaborazione raggiunta dai tre Ambiti della Lomellina, che possono vantare un collaudato grado di cooperazione nella condivisione della conoscenza (circolazione di informazioni, messa a sistema di buone prassi), sin dalla prima pianificazione zonale, dove erano stati condivisi dai tre Ambiti i regolamenti e le modalità di accesso ai Servizi erogati, che nel corso degli anni ha dato modo di avere una omogeneità di trattamento delle persone nel territorio della Lomellina; questo si è verificato anche nell'ultimo regolamento approvato dalle assemblee dei Sindaci per l'erogazione del Fondo Non Autosufficienza (FNA) con le declinazioni previste dalla DGR 740/2013.

La cooperazione tra i tre distretti può essere evinta anche dall'erogazione di servizi tramite convenzione (ad esempio il Servizio Spazio Neutro) e per il Distretto di Mortara dalla Convenzione con Comune di Vigevano per il Servizio di Inserimento Lavorativo.

Rilevante è anche la collaborazione per quel che concerne la partecipazione a progetti cofinanziati tramite fondi derivanti da bandi e che hanno permesso l'implementazione di alcuni servizi presenti sul territorio; ad esempio è il caso del progetto "A spasso con Bagheera" (capofila ambito di Mortara, partner ambito di Vigevano) finanziato attraverso un bando Cariplo, specifico sull'Affido Familiare e il progetto SIMPLICITER per la condivisione uniforme delle cartelle sociali.





Tabella riassuntiva degli esiti della triennalità 2012-2014

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti - azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni Realizzate	Risultati
1. Favorire il mantenimento delle persone anziane a domicilio al fine di procrastinare i ricoveri definitivi in struttura.	Assistenza domiciliare erogata tramite voucher. Il servizio comprende le seguenti prestazioni: <ul style="list-style-type: none"> - Aiuto per la cura della persona: igiene personale, compagnia, mobilizzazione, ecc; - Aiuto per il governo della casa: pulizia dell'abitazione, preparazione dei pasti, spesa, ecc; - Aiuto per favorire la socializzazione attraverso il mantenimento ed il rafforzamento delle relazioni familiari e sociali; - Disbrigo pratiche e collegamento con altri servizi. - Trasporto presso le strutture sanitarie 	Risorse preventivate 2012/2014: €. 120.000 Risorse Impiegate 2012: €. 54.303 2013: €. 35.390,85 2014: €. 25.937,75	Erogazione voucher a copertura di tutte le prestazioni indicate negli interventi previsti. Nr. Utenti che hanno fruito del voucher 2012 nr. 19 2013 nr. 12 2014 nr. 10	Raggiunto
2. Continuità di attribuzione del buono socio assistenziale per prestazioni rese a domicilio dai familiari o caregiver non professionali nell'ambito della rete informale di solidarietà	Prosecuzione dell'assegnazione del buono sociale ai soli soggetti già percettori.	Risorse preventivate 2012/2014: €. 7500 Risorse Impiegate 2012: €. 2.484 2013: €. 2.484 2014: €. 2.484	Buoni sociali Nr. Buoni erogati (per mese) 2012 nr. 1 2013 nr. 1 2014 nr. 1	Raggiunto
3. Sostenere il cittadino nell'esercizio della libertà di scelta	Garantire alla persona presa in carico o, se incapace, ad uno dei familiari la possibilità di scelta dell'ente accreditato nell'apposito albo per l'erogazione di voucher socio – assistenziali o di sostituire l'ente prescelto con un'altra cooperativa qualora subentrino motivi di insoddisfazione durante l'erogazione delle prestazioni medesime. Tale garanzia viene prevista dal Patto di Accreditamento che le cooperative devono sottoscrivere.	Personale	Voucher (nr. di persone che hanno cambiato cooperativa) 2	Tutti i soggetti interessati hanno usufruito della libertà di scelta. Raggiunto





Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti - azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni Realizzate	Risultati
4. Elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato per assicurare all'assistito una valutazione complessiva della situazione personale e un intervento adeguato.	Predisposizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e del Piano di Intervento da parte dell'Assistente Sociale	Risorse preventivate 2012/2014: Risorse Impiegate 2012: 2013: 2014:	Pai predisposti 2012 nr. 22 2013 nr. 15 2014 nr.13	Raggiunto
5. Buono socio assistenziale per prestazioni rese a domicilio ad anziani non autosufficienti da assistenti familiari	Erogazione di buono sociale per il pagamento dei contributi e concorso alle spese di retribuzione delle assistenti familiari	Risorse preventivate 2012/2014:€. 30.000 Risorse Impiegate 2012: €. 9600 2013: €. 9.600 2014: €. 9.600	Persone che hanno fruito del buono sociale Nr. Buoni erogati 2012 nr. 2 2013 nr. 2 2014 nr. 2	Raggiunto
6. Garantire il servizio di assistenza domiciliare erogato tramite voucher al fine di ridurre o almeno ritardare la istituzionalizzazione di persone disabili in condizione di totale non autosufficienza.	Assistenza domiciliare erogata tramite voucher. Il servizio comprende le seguenti prestazioni: -Aiuto per la cura della persona: igiene personale, compagnia, mobilitazione, ecc; -Aiuto per il governo della casa: pulizia dell'abitazione, preparazione dei pasti, spesa, ecc; -Aiuto per favorire la socializzazione attraverso il mantenimento ed il rafforzamento delle relazioni familiari e sociali; -Disbrigo pratiche e collegamento con altri servizi -Trasporto verso le strutture sanitarie.	Risorse preventivate 2012/2014: €. 40.000 Risorse Impiegate 2012: €. 17.723 2013: €. 6.239 2014: €. 6.239	Erogazione voucher a copertura di tutte le prestazioni indicate negli interventi previsti. Nr. voucher erogati 2012 nr. 8 2013 nr. 2 2014 nr. 2	Raggiunto
7. Favorire la frequenza degli adulti disabili nei CDD – CSE – SFAD	Voucher per la frequenza e il trasporto. Collaborazione tra la struttura la famiglia il disabile e l'operatore	Risorse preventivate: €. 25.000 Risorse impiegate 2012 €. 3.000 2013 €. 9.000 2014 €. 8.500	Utenti 2012 nr. 2 2013 nr. 7 2014 nr. 8 Incontri a cadenza mensile con la struttura.	Raggiunto





Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti - azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni Realizzate	Risultati
8. Consolidamento del servizio di assistenza domiciliare (attuazione Legge 104/92 modificata dalla Legge 162/98 relativa a misure di sostegno in favore di persone con handicap grave – <u>ex legge di settore</u>)	Interventi di assistenza domiciliare resi attraverso l'erogazione di voucher socio assistenziali attivati tramite enti accreditati, previa presa in carico del soggetto, avente i requisiti prescritti dal Regolamento, da parte del Servizio Sociale Professionale. Il servizio erogato con personale qualificato Interventi: mantenimento dell'autonomia personale, supporto alla relazione in ambito familiare e all'espressione di sé); - Assistenza alla socializzazione e accompagnamento della persona anche presso strutture esterne.	Risorse preventivate 2012/2014: €. 43.000 Risorse Impiegate 2012: €. 6.320 2013: €. 5.940 2014: €. 23.646,02	Erogazione voucher socio assistenziali a copertura di tutte le prestazioni indicate negli interventi previsti n. utenti: . 2012 nr. 1 2013 nr. 1 2014 nr. 5	Raggiunto
9. Prosecuzione degli interventi volti alla ricerca di opportunità di tipo occupazionale a favore di persone disabili al fine di favorire l'integrazione e l'inserimento lavorativo	Presa in carico da parte dell'Assistente Sociale territorialmente competente in convenzione con il SIL del Comune di Vigevano	Risorse preventivate 2012/2014:€. 21.000 Risorse Impiegate 2012: €. 4.692,50 2013: €. 6.211,35 2014: €. 12.990,30	Borse lavoro e tirocini socializzanti realizzati 2012 nr. 15 2013 nr. 16 2014 nr. 19	Raggiunto. Nr. ...1 Assunzione a tempo indeterminato da parte dell'azienda
10. Elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato per assicurare all'assistito una totale valutazione della situazione personale e un intervento adeguato.	Predisposizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e del Piano di Intervento da parte dell'Assistente Sociale in collaborazione con il Responsabile della cooperativa scelta dall'utente, l'operatrice che sarà addetta al servizio, l'utente stesso e, ove necessario, il familiare. Il modello della scheda PAI viene predisposto dall'Ufficio di Piano e distribuito a tutte le cooperative accreditate.	Personale	Voucher socio – assistenziale 2012 nr. 15 2013 nr. 12 2014 nr.18	Raggiunto





Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti - azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni Realizzate	Risultati
11 Tutela giuridica del disabile favorendo l'utilizzo dell'Amministratore di Sostegno	Diffusione della rete ADS in collaborazione con ANFFAS	Personale	Ricorsi presentati a nome dei Comuni dell'Ambito n. 10 Informazione e accompagnamento alla presentazione dei ricorsi da parte dei familiari nr. 20	Raggiunto
12. Garantire gli incontri in luogo "neutro" tra i minori genitori e altri familiari in situazioni di disagio e/o conflittualità all'interno del nucleo familiare	Proseguimento delle attività del Servizio "Spazio Neutro" in Convenzione con l'Ambito Distrettuale di Vigevano.	Risorse preventivate 2012/2014: €. 20.000 Risorse Impiegate Costi totali per il funzionamento del Servizio Spazio Neutro 2012: €. 6.289,97 2013: €. 6.315,52 2014: €. 6.211,35	Conferma della Convenzione con l'Ambito Distrettuale di Mortara Nr. Minori che incontrano i familiari in Spazio Neutro: 38 utenti triennio	Raggiunto
13. Consolidamento del Servizio di Tutela Minorile	Assistere, accompagnare e tutelare i minori e le loro famiglie in situazioni di fragilità, difficoltà e bisogno al fine di rimuovere e ridurre i rischi di disagio, emarginazione, pregiudizio.	Personale (assistente sociale)	Assistenza, accompagnamento e tutela dei minori in situazioni di fragilità. Nr. Casi: 259 nel triennio	Raggiunto
14. Continuità delle azioni di integrazione delle funzioni socio – assistenziali e socio – sanitarie al fine di assicurare l'assolvimento dei compiti in materia di adozione.	Sviluppo del percorso adottivo attraverso una procedura che prevede la stretta collaborazione tra il Tribunale per i Minorenni, l'ASL e l'Ambito Distrettuale	Personale (assistente sociale)	Attivazione dei percorsi adottivi. 1) Indagine psico-sociale richiesta dal Tribunale per i minorenni sulla coppie che offrono disponibilità per l'adozione (nazionale e/o internazionale) 2012 nr. 4 2013 nr. 4 2014 nr. 1 2) Monitoraggio post adozione e affidamento pre - adottivo (adozione nazionale e internazionale) 2012 nr. 2 2013 nr. 2 2014 nr.2	Raggiunto





Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti - azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni Realizzate	Risultati
15. Consolidamento e sviluppo del servizio di Assistenza Educativa Domiciliare Minori	Assistenza Domiciliare Educativa ai Minori. Servizio rivolto ai minori in situazioni di disagio sociale ed a rischio di emarginazione, ed alle loro famiglie, quando queste si trovino in difficoltà nelle svolgimento delle funzioni genitoriali ed educative o su richiesta del Tribunale per i Minorenni.	Risorse preventivate 2012/2014: €. 120.000 Risorse Impiegate 2012: €. 38.822 2013: €. 35339,44 2014: €. 38.536,12	Voucher da <i>educatori</i> professionali accreditati. N. utenti 2012 nr. 16 2013 nr. N. 12 2014 nr. N. 15	Raggiunto
16. Progetto "A spasso con Bagheera" finalizzato alla promozione e al sostegno di reti dell'Affido Familiare	Progetto realizzato in partnership con Ambito Distrettuale di Vigevano, Fondazione Madre Amabile. Hanno aderito al progetto realtà del Terzo settore degli Ambiti di Mortara e Vigevano e Diocesi di Vigevano. Finanziato attraverso bando CA.RI.PLO. Azioni realizzate: Costituzione centro per l'affido familiare Sensibilizzazione e informazione Laboratori tematici nelle scuole Corsi di formazione per gli operatori della tutela minorile Sportello di consulenza pedagogica Attivazione di progetti di affido etero-familiare Attivazioni gruppi famiglie affidatarie	Risorse preventivate: €. 33.000 nel triennio Risorse impiegate: €. 160.332,60 Di cui: €. 33.000 PDZ Mortara €. 33.000 PDZ Vigevano €. 25.000 Fondazione Madre Amabile Il restante finanziamento FONDAZIONE CA.RI.PLO.	Azioni realizzate: -Costituzione centro per l'affido familiare: costituzione equipe, individuazione della sede, raccordo con i servizi di tutela minorile. -Sensibilizzazione e informazione: Convegno apertura, incontri scuole per illustrare il progetto, concorso LOGO (sono pervenuti circa 500 disegni provenienti dalle scuole dell'infanzia, elementari e medie inferiori), Premiazione dei vincitori, CINEFORUM, Volantini sui mezzi pubblici, Volantinaggio nei Comuni degli Ambiti di Mortara e Vigevano, nelle scuole, nelle biblioteche e negli esercizi commerciali, Banchetti promozionali in occasione di Fiere e Manifestazioni varie, Cena sociale con associazioni del Terzo Settore. Letture in Biblioteca, Incontri presso le Parrocchie con i gruppi delle famiglie. ➤ Laboratori tematici nelle scuole: Laboratori nella Scuola Primaria di Mortara con realizzazione finale di spettacolo teatrale (hanno partecipato le classi prima e seconda) Peer education in collaborazione con gli studenti del corso di Tecnico dei Servizi Sociali dell'Istituto Pollini di Mortara. ➤ Corsi di formazione per gli operatori della tutela minorile : N. 2 corsi di durata annuali di 80 ore tenuti dal Centro PsicoPedagogico per la Pace di Piacenza accreditati all'Ordine degli Assistenti Sociali n. partecipanti 30 ad ogni corso , Partecipazione a Convegno Internazionale :Foster Care in Europe: What do we know about outcomes and evidence? N. partecipanti 4 ➤ Sportello di consulenza pedagogica ➤ Attivazione di progetti di affido etero-familiare. nr. attivazioni 5 ➤ Attivazioni gruppi famiglie affidatarie. Incontri mensili	Raggiunto





Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti - azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni Realizzate	Risultati
17. Mantenimento del Segretariato Sociale	Le azioni previste sono: -garantire e facilitare l'accesso alla rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie; -orientare il cittadino all'interno della rete delle unità di offerta e fornire adeguate informazioni sulla modalità di accesso e sui relativi costi; -assicurare competenza nell'ascolto e nella valutazione dei bisogni; -segnalare le situazioni complesse agli uffici competenti (ASL, unità di offerta, ecc.) affinché sia assicurata la presa in carico della persona secondo criteri di integrazione e di continuità assistenziale.	Risorse preventive 2012/2014: Risorse Impiegate Personale: Assistenti Sociali e personale Amministrativo	<ul style="list-style-type: none"> • Garantire e facilitare l'accesso alla rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie; • orientare il cittadino all'interno della rete delle unità di offerta e fornire adeguate informazioni sulla modalità di accesso e sui relativi costi; • assicurare competenza nell'ascolto e nella valutazione dei bisogni; • segnalare le situazioni complesse agli uffici competenti (ASL, unità di offerta, ecc.) affinché sia assicurata la presa in carico della persona secondo criteri di integrazione e di continuità assistenziale. nr. sportelli attivi nel territorio 8	Raggiunto
18. Inserimento minori in comunità	Fondo di solidarietà per i Comuni al di sotto dei 1.000 abitanti	Risorse preventive e 2012/2014: € 30.000 Risorse impiegate 2012: € 9.200 2013: € 5.200 2014: € 3.800	Inserimento minori in comunità. Nr. minori inseriti 2012 nr. 3 2013 nr. 2 2014 nr. 1	Raggiunto
19. Realizzazione della Carta d'Ambito	Stesura e pubblicazione della carta d'Ambito Mettere a conoscenza la popolazione dei Servizi forniti sia dall'Ambito Distrettuale, dai singoli Comuni e le U.D.O. presenti nel territorio	Personale	Stesura e pubblicazione della carta d'Ambito	Raggiunto
20. Punto Lavoro in Convenzione con Fondazione le Vele di Pavia	Raccordo tra domanda e offerta di lavoro attraverso la raccolta di curriculum, contatti con il Centro per l'Impiego, aziende e agenzie interinali e privati	Personale e costo Convenzione: € 5.000 nel triennio	Sportello settimanale Corsi di Formazione nr. partecipanti 25 Back Office	Raggiunto N. di 63 persone assunte
21. Sportello stranieri in convenzione con l'Associazione Oltremare di Vigevano	Compilazione delle pratiche per rinnovo permessi di soggiorno, richiesta permesso di soggiorno di lungo periodo, richiesta di documenti per cittadinanza, ricongiungimenti familiari, flussi migratori, iscrizione agli esami di italiano, mediazione culturale Favorire l'integrazione del cittadino straniero nel tessuto sociale	Costo Convenzione: €. 2012 € 5.000,00 2013 € 5.000,00 2014 € 5.000,00	Compilazione delle pratiche per rinnovo permessi di soggiorno, richiesta permesso di soggiorno di lungo periodo, richiesta di documenti per cittadinanza, ricongiungimenti familiari, flussi migratori, iscrizione agli esami di italiano, mediazione culturale Nr. accessi nel triennio: Espletamento pratiche n. 1500 Richiesta informazioni n. 800	raggiunto





Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti - azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni Realizzate	Risultati
22. Contrasto e prevenzione alle dipendenze	Gruppo di auto mutuo aiuto per i familiari di alcool dipendenti tenuto dall'Associazione Dianova Interventi nelle Scuole volti a prevenire l'uso e l'abuso di sostanze o forme di dipendenza	Finanziamento progetti: €. 7.000,00 nel triennio	Gruppo di auto mutuo aiuto per i familiari di alcool dipendenti tenuto dall'Associazione Dianova incontri quindicinali Interventi nelle Scuole volti a prevenire l'uso e l'abuso di sostanze o forme di dipendenza nr. 3 incontri per classe	Raggiunto
23. Progetto "Ti ascolto, ti accolgo, ti accompagno" in collaborazione con Fondazione Le Vele e Centro Antiviolenza di Pavia	Formazione degli operatori sulla tematica della violenza di genere Accoglienza delle donne maltrattate, Accompagnamento nel percorso psicologico-sociale-legale. Progetti di autonomizzazione delle persone coinvolte	Personale	Formazione degli operatori sulla tematica della violenza di genere partecipanti: 50 Accoglienza delle donne maltrattate, Accompagnamento nel percorso psicologico-sociale-legale. Progetti di autonomizzazione delle persone coinvolte nr. 10	raggiunto
24. Conciliazione tempi/lavoro	Progetto "Un aiuto per le vacanze Accogliere durante i periodi di chiusura delle scuole i bambini della scuola dell'infanzia e primaria i cui genitori lavorino entrambi Creazione dell'Alleanza tra i partner Ambito distrettuale di Mortara, Coop. Sociale Comunità Betania Confcooperative	Progetto aggiuntivo anno 2014 €. 11.000,00	Apertura straordinaria presso i tre grossi enti dell'Ambito comuni di Cilavegna, Mortara e Robbio di un punto accoglienza die bambini i cui genitori lavorino entrambi: nr. 65 bambini	Raggiunto





PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO TRIENNIO 2015-17

Integrazione sociale e socio-sanitaria

Ricomposizione di conoscenza, risorse, servizi

Considerando i cambiamenti in chiave sistemica che sta affrontando il comparto del *welfare* e la dura congiuntura economica, appare come prioritario procedere in direzione di un nuovo modello di programmazione delle politiche sociali, più orientata verso l'analisi multidimensionale dei bisogni, capace di definire un circuito virtuoso di ricomposizione e integrazione delle risorse e degli strumenti.

Lo stato attuale di frammentazione fa sì che gli attori (pubblici e privati) sul territorio tendano a concentrare l'attenzione esclusivamente sui propri utenti e in generale su una domanda scissa geograficamente. L'obiettivo è quindi ricomporre tale "immagine", partendo dal percorso di programmazione, che è propedeutico alla riuscita di una vera presa in carico integrata delle persone e delle famiglie. Il processo di ricomposizione comprende una pianificazione congiunta e integrata di settori di *policy* attualmente divisi, come la casa, la famiglia, la scuola e la sanità.

Per ottenere questo risultato è necessario procedere verso la ricomposizione delle tre dimensioni chiave per ottenere una corretta ed efficace programmazione: le conoscenze disponibili, le risorse impiegate e i servizi offerti.

- **Conoscenza.** Il primo livello da ricomporre è quello della conoscenza e delle informazioni disponibili; un contesto è tanto più frammentato quanto minore è la condivisione e la circolazione della conoscenza e delle informazioni. La necessità è quella di potenziare la conoscenza delle strutture presenti sul territorio, dei servizi da esse offerte, delle domande degli utenti e dei bisogni presenti nella comunità. Per questo motivo diventa prioritario rafforzare percorsi di condivisione e scambio delle informazioni tra soggetti che operano nello stesso territorio, mettendo in rete e a sistema dati, informazioni, letture e buone prassi. Questo passaggio consente di procedere verso una più efficace lettura integrata degli interventi di *policy* nel contesto locale: una corretta filiera informativa è il presupposto per una migliore programmazione, che, seguendo questo approccio, può effettivamente fornire una adeguata lettura e risposta ai bisogni, superando il semplice incontro tra domanda e offerta di servizi.
- **Risorse.** Dal punto di vista delle risorse è necessario implementare il livello di collaborazione tra i diversi Enti e procedere verso una sempre maggiore integrazione. Questo percorso è reso ancora più necessario dalla contrazione delle risorse pubbliche a disposizione, che devono essere gestite con una maggiore capacità di programmazione, rispetto alle spese da sostenere. Frequentemente la spesa sociale non è solo diversa tra gli Ambiti ma anche all'interno degli stessi Ambiti. La riduzione di tali disparità richiede un approfondito esame sulle risorse attualmente disponibili, sulla loro articolazione e sugli ambiti nei quali si ritiene prioritario procedere alla ricomposizione.
- **Servizi.** L'offerta proposta sul territorio è eterogenea e spesso prevede notevoli differenze tra Comuni posti a poca distanza l'uno dall'altro. Sebbene queste disuguaglianze siano il prodotto





dell'autonomia degli Enti, è necessario che questi provvedano ad una maggiore integrazione nel percorso di erogazione dei servizi, non solo per renderli più efficienti, ma anche per facilitare l'accesso degli utenti agli stessi. Usando il sistema di conoscenza sarà possibile, per i diversi Ambiti, avere un ventaglio di modelli di riferimento e, nel caso, attingere alle diverse buone prassi messe a sistema, per implementare la propria rete di servizi. Il percorso di integrazione dei servizi permette di definire anche regole, procedure, standard, criteri di accesso e interventi congiunti tra le varie realtà locali. L'obiettivo è potenziare il grado di integrazione degli Ambiti nella gestione dei servizi (accreditamento e autorizzazione, tariffe ed esenzioni, regole di accesso), rilevando quelle realtà in cui il percorso è già cominciato (e quindi a che livello è) e quelle in cui è ancora in fase embrionale.

Un welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la Comunità

In un quadro di ricomposizione generale delle risorse con l'obiettivo strategico di superare l'attuale livello di frammentazione, è fondamentale una sinergia sempre più elevata tra gli interventi socio-sanitari di ASL e quelli socio-assistenziali dei Piani di Zona, in modo da rafforzare il processo di integrazione, principio cardine della programmazione per le politiche sociali.

Questo passaggio assume una valenza centrale al fine di garantire un rafforzamento del Piano di Zona come attore cardine del *welfare* locale, che opera in stretta collaborazione con tutti gli attori della rete del *welfare*.

La rete socio-sanitaria della Lombardia è caratterizzata da una grande varietà di strutture dislocate in modo capillare sul territorio, accanto alle quali si sviluppa la rete sociale, composta da strutture residenziali e semiresidenziali per anziani autosufficienti e per disabili, dai servizi per l'infanzia e per i minori, dai servizi di assistenza domiciliare per anziani (SAD), per persone con disabilità (SADH) e per minori (ADM). Considerando le funzioni di competenza dei Comuni nel campo delle politiche sociali e il ruolo rilevante svolto anche nel settore sociosanitario (ad esempio, con la copertura parziale delle spese per i servizi sociosanitari degli utenti che versano in stato di bisogno), è proprio a questo livello istituzionale che tende a compiersi il processo di ricomposizione degli interventi e si attua l'integrazione con la programmazione sociosanitaria.

L'offerta sanitaria e sociosanitaria è quindi variegata e composta da una elevata pluralità di attori, il che produce alcune criticità a livello sistemico:

- difficoltà nell'individuare una regia complessiva;
- difficoltà nel rispondere in modo integrato ai bisogni degli utenti (rischio di sovrapposizione dei compiti).

Al fine di raggiungere l'obiettivo di un'efficace e reale presa in carico degli utenti, è fondamentale procedere al superamento della disomogeneità e della frammentazione dell'offerta sociale e socio-sanitaria radicata nel territorio. Il nuovo triennio di programmazione rappresenta un'opportunità per far luogo al superamento delle sovrapposizioni e favorire la ricomposizione tra competenze sociali e socio-sanitarie.

Occorre rileggere i bisogni presenti sul territorio, riservando particolare attenzione a quelli legati ai minori con disabilità o agli adolescenti, che richiedono interventi frutto di una progettazione





complessa e articolata (analisi, prevenzione, presa in cura). Occorre inoltre potenziare il coinvolgimento degli attori istituzionali del territorio, in particolare Comuni e Piani di Zona.

Come rilevato nel *Libro Bianco sullo Sviluppo del Sistema Socio-sanitario in Lombardia*, le maggiori aree di criticità che ostacolano il rafforzamento del processo di integrazione sono:

- la frammentazione delle risorse,
- il disallineamento tra i livelli decisionali,
- la mancata integrazione degli interventi,
- lo scarso monitoraggio nell'utilizzo delle risorse e nella valutazione degli esiti,
- la mancata progettazione,
- la staticità nelle misure,
- la parzialità della visione (scarsa conoscenza reciproca degli attori, delle azioni messe in campo da ciascuno di essi e del quadro generale dei bisogni).

Il percorso di superamento della frammentazione si baserà in questo nuovo triennio di programmazione, come definito dalla d.g.r. 2989/14, sul potenziamento di alcune azioni già sostenute:

- la promozione dell'integrazione tra le dimensioni sanitaria, sociale e socio-sanitaria, per dare una risposta multidimensionale alla molteplicità dei bisogni espressi dalla persona fragile e dalla sua famiglia;
- lo sviluppo dei due pilastri su cui è fondato il sistema sociosanitario: la rete accreditata delle strutture e il fondo a sostegno della famiglia e dei componenti fragili;
- il superamento del paradigma relazionale di sola applicazione degli istituti giuridici di protezione, in particolare negli interventi di "tutela" dei minori, la cui complessità richiede di essere declinata attraverso l'integrazione delle dimensioni sociale, educativa e psicologica, accompagnata dalla presa in carico della famiglia con minori in difficoltà.

Tramite il rafforzamento di queste due direttrici di intervento passa il rafforzamento dell'intero sistema e la sua capacità di istituzionalizzare quegli interventi di ammodernamento, resi necessari da cambiamenti contingenti e strutturali (crisi economica, contrazione delle risorse e nuovi bisogni emersi sul territorio legati a nuove fragilità/povertà).

La risposta integrata al bisogno richiede il superamento dei vecchi schemi alla base della produzione di *policy* nel campo del *welfare*: per rispondere ai bisogni e alle fragilità legate a molteplici aspetti - clinici, fisici e sociali - è necessario considerare l'integrazione come una priorità strategica, al fine di valutare in modo multidimensionale il bisogno e rispondere così all'elevata complessità delle domande.

La fragilità diventa il cuore della programmazione e degli interventi di presa in carico: la strategia da seguire è pertanto quella che ha già caratterizzato i primi anni della X Legislatura, ovvero "giungere al pieno riconoscimento del diritto di fragilità" (d.g.r. 2989/14).

Gli interventi di presa in carico possono produrre risposte efficienti e adeguate solo attraverso un rafforzamento della dimensione dell'integrazione. Lo stato di salute di una persona è, infatti, il risultato delle relazioni che si sviluppano nei vari contesti con cui la persona si relaziona: la famiglia, la scuola, il lavoro, l'ambiente sociale, ecc. Ecco allora che non è possibile scindere sanità





e sociale, per via delle forti interconnessioni che li caratterizzano: è prioritario quindi agire nella direzione della sintesi, così che le risposte in termini di offerta siano davvero adeguate ai bisogni, sempre più complessi e articolati, che stanno emergendo. La stessa fragilità induce il bisogno di modalità di presa in carico specifiche e di una interdisciplinarietà e continuità nell'assistenza.

Gli elementi di rinnovamento introdotti dalla d.g.r. 2989/14 si collegano con il recupero della centralità della famiglia nel sistema di *welfare*, la valorizzazione dei reciproci legami, che diventano strategici nei momenti di maggiore fragilità e bisogno di cura e sostegno.

L'integrazione sociale e socio-sanitaria è uno degli obiettivi più rilevanti datosi da Regione Lombardia, sin dalla d.g.r. 1185/14, che ne sottolinea l'importanza richiamando l'esigenza di interventi integrati, per superare la attuale logica di frammentazione. Fra gli strumenti utili, la delibera richiama:

- la *Cabina di Regia* che coinvolge ASL e Comuni e Piani di Zona, luogo di programmazione e di governo degli interventi socio-sanitari e sociali;
- lo *Sportello Unico del Welfare*, evoluzione dei Punti Unici di Accesso e dei Centri per l'Assistenza Domiciliare (CeAD);
- la *Valutazione Multidimensionale* del bisogno, realizzata da equipe pluri-professionali, grazie alla quale la persona è assistita seguendo un progetto individuale nel quale sono organizzate tutte le risposte sociosanitarie e sociali alla pluralità dei bisogni espressi dalla persona fragile e dalla sua famiglia. Questo strumento consente una lettura integrata dei bisogni, al fine di "facilitare l'accesso del cittadino e della sua famiglia alle diverse unità d'offerta sociali e/o socio-sanitarie" garantendo, attraverso l'informazione e l'orientamento, "risposte appropriate ai bisogni rilevati" (d.g.r. 1185/14). L'efficacia della lettura multidimensionale è garantita dalla scelta di un sistema di valutazione, il VAOR, in grado di leggere e pesare i bisogni in rapporto alle risorse necessarie a garantire una risposta adeguata;
- un *Sistema Informativo condiviso*, capace di garantire l'integrazione degli interventi evitandone la sovrapposizione.

L'integrazione tra il comparto sanitario, sociale e socio-sanitario assume una dimensione ancor più strategica in una fase di contrazione delle risorse, perché consente al sistema di aumentare la sua capacità di risposta ai bisogni e rende più efficiente la produzione dei servizi.

Proprio in connessione con i concetti di integrazione e valutazione multidimensionale, Regione Lombardia ha varato il *Budget di cura*, uno strumento flessibile e più appropriato ai nuovi bisogni, che ha lo scopo di assicurare "la presa in carico globale della persona e della sua famiglia, impone[ndo] un forte coordinamento e integrazione di percorsi assistenziali, di risorse professionali e finanziarie" (d.g.r. 2989/14). Si tratta di uno strumento che incarna un nuovo modello di presa in carico, superando la vecchia logica del finanziamento per singole prestazioni, cui la persona richiede di accedere, promuovendo invece l'integrazione fra diverse risorse professionali ed economiche, al fine di realizzare un percorso unitario di cura individuale e personalizzato.

La garanzia che siano assicurati dei percorsi di presa in carico integrata della persona fragile e della sua famiglia, fondati sul *care management* e sul coordinamento dell'assistenza, è fornita dal ruolo dei *Centri Multiservizi* per la persona. La *mission* di questa modalità organizzativa è quella di





operare per superare la frammentazione settoriale delle risposte date dalle diverse Udo, procedendo ad integrare i diversi interventi sulla base della valutazione multidimensionale del bisogno, assicurando così controllo e coordinamento all'interno del processo di presa in carico e implementando la logica della continuità assistenziale.

Lo scenario definito da questo quadro, caratterizzato da un aumento della domanda di assistenza da parte dei cittadini, dalla crescente complessità dei bisogni emersi, da un'elevata fragilità causata dall'invecchiamento della popolazione e dalla crisi economica, che limita le risorse a disposizione, ha imposto perciò una revisione sostanziale del sistema di offerta, che, per essere efficace ed efficiente, deve necessariamente uniformarsi ai seguenti principi:

- una *forte integrazione socio-sanitaria*, per la presa in carico complessiva ed integrata dei bisogni della persona e della famiglia;
- una *diversificazione degli interventi*, che assicuri un sostegno concreto alle famiglie che assistono a domicilio persone in situazioni di "fragilità" e garantisca ad un'utenza caratterizzata da maggiore indipendenza un'offerta residenziale più leggera;
- una *attenta selezione dell'utenza*, grazie alla valutazione multidimensionale (VMD), così da garantire l'appropriatezza delle risposte messe in campo.

IL PERCORSO DI INTEGRAZIONE SOVRA-DISTRETTUALE

Lavori dei Tavoli tematici per la definizione degli obiettivi comuni sovra-zonali

I nove Piani di Zona della provincia di Pavia, coordinati dall'ASL di Pavia, hanno collaborato alla redazione degli obiettivi sovra-zonali per la redazione dei Piani di Zona 2015-17 (PdZ nel seguito), attraverso la partecipazione a 3 tavoli tematici¹, per i target di età: 0/17 anni per l'area minori, 18/64 per l'area adulti, over 65 per quella anziani. Ai tavoli hanno partecipato anche gli assegnisti dell'Università degli Studi di Pavia, a supporto dello svolgimento dei lavori.

Esaminati gli obiettivi indicati nella precedente triennio, tutti i tavoli hanno concordato sulla necessità di impostare in modo diverso la programmazione per la triennalità 2015-17, in funzione delle indicazioni di Regione Lombardia sul tema. Si è ritenuto quindi importante individuare come obiettivi sovra-zonali esclusivamente quelli innovativi e di cambiamento/potenziamento, lasciando quelli di mantenimento dello *status quo* nella parte specifica di ogni PdZ.

In virtù di questa scelta metodologica, si è perciò deciso di procedere nella direzione di un modello di programmazione capace di impostare il superamento della frammentazione presente nella rete territoriale del *welfare*, aprendo così la strada ad un processo di integrazione della conoscenza, delle risorse e dei servizi, nel solco di ciò che è stato indicato da Regione Lombardia. Il primo obiettivo individuato dai tavoli di lavoro è il pensare ad una ricomposizione del processo di costruzione delle politiche di *welfare* locale, cominciando proprio dal percorso di programmazione in quanto propedeutico alla riuscita di una vera presa in carico integrata delle persone e delle famiglie.

¹ I 3 Tavoli di lavoro si sono svolti nel mese di marzo 2015 presso la sede ASL di Pavia, per un totale di 9 incontri complessivi (3 per ogni area tematica: minori, adulti, anziani).





Per ottenere questo risultato e potenziare la programmazione zonale, ASL e Ambiti hanno rafforzato il *processo di condivisione e confronto* approntando un metodo di scambio e interazione costante nel percorso di analisi e progettazione, rilevando così come la condivisione di conoscenza, informazioni e buone prassi sia il primo passo fondamentale per procedere ad una ricomposizione generale del sistema.

Il confronto scaturito dal lavoro dei tavoli ha fatto sì che i PdZ declinassero l'obiettivo della ricomposizione funzionale anche in chiave di innovazione delle azioni da intraprendere nella prossima triennalità, non limitandosi al proseguimento delle linee classiche di intervento, ma ponendosi come traguardo nuovi interventi capaci di rispondere in modo più efficace ed integrato ai nuovi bisogni presenti sul territorio.

Tutti i tavoli hanno concordato sulla rilevanza di inserire come azione innovativa nella prossima triennalità la prevenzione e il contrasto delle ludopatie, nuove forme di dipendenza che stanno colpendo in modo particolare la provincia di Pavia. E' stato deciso di declinare questo obiettivo come sovra-zonale e trasversale rispetto a tutte le aree d'intervento, per fascia d'età (minori, adulti, anziani):

- *Creare un sistema integrato di interventi sovra-zonali per la prevenzione e il contrasto delle ludopatie (obiettivo 1):* considerando l'assenza di percorsi comuni e di modalità di presa in carico dei soggetti vittime di questa dipendenza, i tavoli hanno concordato sulla necessità, come primo *step*, di realizzare un protocollo comune, per declinare procedure di prevenzione uniformi su tutto il territorio provinciale. Fra gli strumenti principe sono state scelte le iniziative di sensibilizzazione da realizzarsi sul territorio, oltre ad incontri nelle scuole per ragazzi e genitori.

AREA MINORI

I tavoli per discutere le criticità/proposte inerenti all'area Minori si sono tenuti rispettivamente nelle date 2-9-25 marzo 2015, presso la sede ASL di Pavia.

I temi affrontati nella riunione possono essere suddivisi in due aree: le strutture/servizi per la prima infanzia e i minori inseriti in strutture residenziali sociali.

Strutture e servizi prima infanzia

In apertura di discussione è stato esposto da parte degli assegnisti dell'Università degli Studi di Pavia il lavoro per il settore vigilanza, sulle Udo prima infanzia (asili nido, micro nidi, nidi famiglia, centri prima infanzia) della provincia di Pavia, consistente nella raccolta ed elaborazione dei dati disponibili, che sono stati completati da una breve analisi descrittiva dei risultati. In merito, è stata avanzata la proposta di monitorare l'andamento delle sezioni primavera, anche se non rientrano fra le Udo sociali, considerata l'indubbia concorrenza che esse creano agli altri servizi prima infanzia. Si rileva la possibile difficoltà nel raccoglierne i dati in tempi brevi, soprattutto considerando che, alcune di esse, costituiscono di fatto una sotto-categoria della scuola d'infanzia. Al fine di implementare la capacità descrittiva/esplicativa del lavoro di ricerca, si è convenuto, con i rappresentanti dei PdZ, di procedere alla raccolta dei dati inerenti il *trend* del numero dei bambini iscritti nelle Udo prima infanzia, la domanda non coperta e la loro residenza, per calcolare





gli indici di saturazione e i tassi di migrazione; il bacino di utenza di possibili corsi di formazione per il personale; il numero di Udo prima infanzia (pubbliche e private) in possesso di: certificazioni qualità ISO 9001, voucher, dote conciliazione, dote INPS. A questo proposito, è stata preparata una tabella da sottoporre agli Uffici di Piano per raccogliere questi dati a partire dai Comuni di loro competenza. Tutti i partecipanti hanno concordato che sarebbe interessante osservare il rapporto pubblico/privato in merito al numero di strutture e ai posti offerti.

Per quel che concerne la stesura della parte del PdZ riferita alla prima infanzia, i tavoli hanno convenuto di individuare il seguente obiettivo inerente la qualità:

- *Valutare in modo uniforme il livello qualitativo delle strutture per la prima infanzia presenti sul territorio a livello sovra-zonale (obiettivo 2), in particolare ricorrendo a due strumenti (utili alla misurazione): l'analisi dell'accreditamento delle strutture e la somministrazione di un questionario di customersatisfaction comune a tutti i distretti.*

Minori inseriti in strutture residenziali sociali

Riguardo al tema dei minori in carico a strutture sociali, i tavoli hanno preso atto delle difficoltà esistenti nel far fronte a una problematica che sta evidenziando una preoccupante crescita, configurando una pressione inusitata sul tessuto sociale provinciale e per la quale non sembrano essere ancora pienamente sviluppati tutti gli strumenti utili ad affrontarla.

In particolare, è necessario affrontare il problema dei minori con disturbi di carattere psicopatologico o vittime di dipendenza da sostanze stupefacenti/alcol, attraverso l'individuazione di Udo più adatte a gestire tali casi, non gravando così su strutture preposte ad altri interventi e non dotate di personale formato, ad esempio, per la somministrazione di psicofarmaci. Ciò si traduce in una rivalutazione delle comunità per minori, la cui collocazione tende a spostarsi dal sociale al socio-sanitario.

È emerso il problema della corretta integrazione dei vari interventi sociali e socio-sanitari rispetto ai bisogni del minore, la necessità di una maggiore interazione tra gli attori coinvolti (istituzioni, scuola, operatori del settore) e l'impegno nell'individuare strumenti e percorsi di comunicazione istituzionali, che operino per la prevenzione e la tempestiva comprensione del disagio.

Per quel che concerne la stesura della parte del programma di piano riferita ai minori, i tavoli hanno convenuto nell'individuare le seguenti direzioni strategiche da seguire:

- *Sistematizzazione e proceduralizzazione.* Uno dei punti di maggiori criticità su cui è necessario lavorare nella prossima triennalità è la standardizzazione delle procedure d'intervento. Questo significa anche procedere verso una maggiore integrazione delle strutture e una più efficace messa in rete dei servizi/interventi. In questo caso si pensa alla redazione (o aggiornamento) di protocolli con le diverse strutture;
- *Ricomposizione.* Affinché si riesca a intervenire efficacemente sulle aree di disagio, è necessario lavorare con la scuola, per ricomporre un circuito virtuoso che consenta di individuare i problemi che coinvolgono i minori, intervenire tempestivamente e con il percorso di assistenza più adeguato;
- *Formazione.* Applicare agli operatori di questo settore degli standard di formazione continua, anche utilizzando modalità di formazione a cascata e autoformazione.





E' stata affrontata la problematica della tutela minorile, di cui attualmente i Comuni si occupano, esaminata anche per la componente in ambito consultoriale, sede deputata alla valutazione delle competenze genitoriali e della loro recuperabilità, sulla base del mandato del Tribunale. A fronte di una richiesta di "indagine psico-sociale", la procedura prevede due passaggi, valutazione e presa in carico:

- la valutazione psico-sociale, svolta tramite una *équipe* di assistenti sociali, psicologi operanti presso i consultori, servizi specialistici, CPS, CERD e neuropsichiatria infantile, è volta alla valutazione di pregiudizio o meno in cui si trova il minore;
- la presa in carico, si apre quando il giudice decreta la presa in carico del minore.

Si sottolinea che, secondo le indicazioni regionali, il traguardo per il consultorio è quello di riconfigurarsi come "centro per la famiglia", in cui convergano e trovino risposta i bisogni dei nuclei con fragilità. Nel contesto pavese questo percorso è già stato in parte avviato, anche se informalmente: pertanto, a partire da una ricognizione dell'esistente, in termini di offerta, occorrerebbe costruire quanto manca.

Presso la ASL di Pavia sono in fase di elaborazione Linee guida relative a: tutela minorile, adozione, affidamento e penale minorile, con l'obiettivo di arrivare entro la fine del 2015 alla redazione di un protocollo d'intesa con i PdZ, per l'area dei minori, con le nuove necessità che la caratterizzano. Nel restante periodo della triennalità in esame, il protocollo sarà recepito, reso operativo e monitorato.

E' stata sottolineata l'importanza di proporre l'obiettivo della formazione permanente, da estendere anche ai consultori privati accreditati presenti sul territorio, congiuntamente con i PdZ e le assistenti sociali. E' utile, a tal fine, definire con chiarezza l'ambito di competenza di tali consultori privati accreditati.

Per implementare un livello di qualità dei servizi e delle prestazioni offerte nella fascia 0-17, è emersa l'importanza di porsi come obiettivo:

- *Realizzare un protocollo d'intesa fra ASL/PdZ per l'area minori, che recepisca procedure condivise per tutela dei minori, penale minorile, adozioni (obiettivo 3);*
- *Condividere criteri uniformi per accreditare le strutture residenziali per minori (obiettivo 4), arrivando così ad interfacciarsi con soggetti che possano rispondere ad esigenze sempre più articolate;*
- *Creare una banca dati uniforme e integrata per i minori, basata sulla categorizzazione delle Udo in funzione dei servizi erogati (obiettivo 5), sulla base di competenze presenti e prestazioni erogate, che consenta un agile monitoraggio delle strutture e l'individuazione del percorso migliore di inserimento del minore;*
- *Monitorare il disagio minorile attraverso la costituzione e l'aggiornamento di una banca dati uniforme e integrata (obiettivo 6), in un'ottica di consolidamento della conoscenza.*

In particolare, relativamente al penale minorile, sono state segnalate le seguenti esigenze: quantificare il carico dei minori coinvolti, rendere omogenei gli interventi, migliorare la qualità degli interventi, attraverso la revisione delle linee guida (processo avviato in ASL).





Le criticità riguardano la presenza degli operatori in udienza e i progetti di messa alla prova, sempre più numerosi, a fronte dei quali occorre una banca dati delle strutture presenti sul territorio, che possano accogliere, offrendo lavori socialmente utili.

AREA ADULTI

I tavoli per discutere le criticità/proposte inerenti all'area Adulti, si sono tenuti rispettivamente nelle date 4-11-20 marzo 2015, presso la sede ASL di Pavia.

Il primo tema discusso riguarda la necessità di prestare maggiore attenzione al tema della disabilità (intesa come deficit fisico - cognitivo). Il punto focale è l'esigenza di approntare dei criteri migliori e più efficaci per uniformare la definizione di disabilità a livello provinciale ed individuare ciò che una persona disabile richiede al territorio. Su questo punto i tavoli hanno convenuto che i criteri standard dell'invalidità civile e dell'accompagnamento non sono sufficienti e adatti allo scopo. La proposta, che ha accolto maggiori consensi, è quella di procedere incrociando i dati inerenti alla L. 104/1992, con quelli delle diagnosi e delle esenzioni per tipologia. La L. 104/1992 può rivelarsi utile perché consente di individuare l'handicap e lo svantaggio, anche in relazione al contesto in cui vive il soggetto interessato dall'intervento.

I tavoli hanno successivamente posto l'attenzione sul tema del coordinamento sovra-zonale, che sembra rivelarsi sempre più necessario nella gestione dei nuovi bisogni. Si ritiene importante, quindi, capire se esistono progetti/iniziative comuni sul territorio, realizzate o in corso di sperimentazione, da cui prendere esempio per costruire altri percorsi virtuosi nella provincia di Pavia.

Ulteriore argomento affrontato dai tavoli è l'emergenza abitativa, uno dei principali problemi sociali della provincia di Pavia. Il punto di partenza è la constatazione che non ci sono strutture adeguate per l'accoglienza, manca una rete ampia di *housing* sociale e, quindi, i Comuni non hanno gli strumenti per affrontare questa emergenza.

E' stato illustrato ai tavoli come l'Ambito di Certosa abbia provveduto ad organizzare la risposta al bisogno casa, a seguito di sfratto, con un fondo comune per l'emergenza costituito in parte da fondi provenienti dal FNPS e in parte da fondi comunali. Sul tema dell'*housing* sociale sono state poi presentate altre esperienze, che però i tavoli concordemente valutano insufficienti, per soddisfare il bisogno di abitazione dei soggetti richiedenti.

Si è proposta l'apertura di un tavolo politico di confronto tra ANCI e ALER Lombardia, per procedere alla stesura di nuovi protocolli e progetti condivisi.

Analizzando l'emergenza casa, unanime è stato il riconoscimento della necessità di procedere a una ricomposizione delle risorse per evitarne la dispersione in troppi rivoli, che minano l'efficacia dell'intervento. I tavoli hanno concordato nel considerare come maggiore criticità da affrontare la necessità di procedere a una corretta definizione dei criteri standard atti a definire quando avviene la presa in carico.

Si tratta di stendere "Linee guida" operative e procedure uniformi per tutti i PdZ, ad uso dei servizi sociali e da condividere con la cabina di Regia, onde consentire di distinguere fra i casi di vera emergenza abitativa, in corrispondenza dei quali si attiva la presa in carico da parte delle istituzioni, e il rilievo per l'orientamento, che rientra nelle "politiche per la casa".

Sulle azioni da intraprendere si è concordato che queste possono essere di due tipi:





- Evitare gli sfratti, anche attraverso l'erogazione diretta di contributi per il pagamento dell'affitto, procedendo ad ottimizzare le risorse ora in mano ai Comuni. Si potrebbe pensare alla creazione di un fondo comune sull'emergenza sfratti e/o alla presentazione di progetti per ottenere finanziamenti dalle fondazioni bancarie;
- Implementare gli spazi abitativi disponibili tramite nuovi accordi con ALER, anche per l'utilizzo degli alloggi sfitti, che necessitano di interventi di messa a norma, nello svolgimento dei quali potrebbero essere coinvolti i potenziali inquilini. I tavoli hanno convenuto, a riguardo, che il coinvolgimento dei richiedenti è auspicabile e fruttuoso.

Concordando sulla necessità di raccogliere dati ed evidenze empiriche sull'attuale stato dell'emergenza abitativa in provincia di Pavia e sul modo in cui i Comuni la stanno affrontando, è stato dato incarico agli assegnisti dell'Università degli Studi di Pavia di preparare una tabella atta a raccogliere i dati di maggiore rilevanza che Comuni e Uffici di Piano possono fornire.

I tavoli hanno individuato alcuni nuovi obiettivi da inserire nella triennalità 2015-2017:

- *Potenziare la rete di protezione giuridica ADS sul territorio (obiettivo 7)*: questo potenziamento può essere fatto mettendo in rete tutti i soggetti operanti sul territorio e condividendo modalità e procedure di azione. Risulta perciò necessaria una diffusione omogenea degli sportelli di sostegno su tutto il territorio provinciale, con caratteristiche omogenee e pari competenze. Gli strumenti sono quelli del potenziamento del sistema informatico e l'individuazione (e standardizzazione) delle prassi;
- *Condividere le buone prassi per gli interventi di emergenza abitativa (obiettivo 8)*: da realizzare anche attraverso la costruzione di una banca dati integrata;
- *Costituire un tavolo sulle nuove povertà e condividere le buone pratiche (obiettivo 9)* già adottate dai Comuni, in risposta a bisogni altrimenti non coperti, quali: contrastare l'esclusione dal contesto lavorativo e la fragilità socio-economica attraverso misure di sostegno al reddito tramite attività di inclusione sociale (estendere buone prassi), contrastare lo scivolamento dei soggetti nella zona di emarginazione sociale e di rafforzamento della cooperazione sovra-zonale. I tavoli condividono la proposta degli assegnisti dell'Università degli Studi di Pavia di avviare sul tema collaborazioni con la Camera di Commercio, l'Unione degli Industriali e/o altri Enti territoriali, in modo tale da procedere verso una valorizzazione delle realtà già sensibili alla problematica.
- *Mettere a sistema interventi di assistenza a favore di donne vittime di abusi (obiettivo 10)*;
- *Consolidare la rete territoriale di conciliazione famiglia-lavoro a livello sovra-zonale/provinciale (obiettivo 11)*.





AREA ANZIANI

I tavoli per discutere le criticità/proposte inerenti all'area Anziani, si sono tenuti rispettivamente nelle date 3-12-23 marzo 2015, presso la sede ASL di Pavia.

Obiettivo prioritario per la nuova triennalità 2015-17 è il miglioramento della soddisfazione dei bisogni della persona anziana (la tipologia di utenza con bisogni prevalenti nella nostra provincia), che appaiono sempre più diversificati. Due importanti strumenti applicativi per realizzare il traguardo di una risposta altrettanto diversificata sul territorio sono:

- i PAI (Piani di Assistenza Individuale), principali strumenti di personalizzazione del servizio erogato, da migliorare nella nuova triennalità, per rispondere più efficacemente ai bisogni degli anziani. Si auspica un colloquio conoscitivo il più possibile tempestivo, completo, comprensivo di tutte le informazioni utili di natura sanitaria, assistenziale e psico-sociale, delle azioni da intraprendere e degli obiettivi da raggiungere, il tutto in un'ottica multidimensionale dove al centro c'è la persona;
- l'offerta innovativa, che si aggiunge a quella tradizionale, per completare il quadro dei servizi disponibili, con un nuovo metodo di approccio che si concretizza nella capacità di offrire un servizio: pacchetti flessibili, che rispondano ai bisogni degli anziani e (aspetto innovativo) a quelli dell'intera famiglia, per sostenerla nel percorso di cura dell'anziano.

Se l'obiettivo è migliorare le condizioni degli anziani sul territorio, le risorse necessarie per raggiungerlo vanno cercate in capo ai PdZ, alla ASL, al Terzo Settore, al *care giver* familiare.

I servizi innovativi possono essere diversi: diversificare i titoli sociali, utilizzare la RSA aperta e la residenzialità leggera, studiare la fattibilità di prezzi calmierati, definire accordi con associazioni sul territorio per organizzare eventi/iniziative per gli anziani, supportare attivamente gli anziani più autonomi. In un'ottica di ricomposizione delle conoscenze, si propone di realizzare banche dati che consentano di elaborare statisticamente i bisogni confrontandoli con l'offerta esistente sul territorio.

Al fine di individuare tempestivamente e monitorare le "dimissioni ospedaliere problematiche", dal punto di vista socio assistenziale, la ASL di Pavia, in accordo con l'Azienda Ospedaliera della Provincia di Pavia e il Policlinico San Matteo IRCCS, ha siglato un protocollo per uniformare le procedure in fase di dimissione degli anziani. L'ospedale si impegna a dimettere il paziente secondo una logica di accompagnamento della persona nello spazio e nel tempo: il passaggio dall'ospedale alla propria abitazione avviene in modo protetto, facendo leva sui servizi domiciliari, per cui, una volta a casa, il paziente viene seguito dalla ASL con assistenza sociale e, se necessario, sociosanitaria. In merito a questo tema i tavoli hanno rilevato quanto la presa in carico della dimensione sanitaria avvenga sostanzialmente senza problemi, mentre su quella sociale si concentrano le maggiori criticità.

Si rileva l'importanza di due aspetti per il buon funzionamento di questo servizio innovativo:

- un coordinamento e un lavoro di squadra fra Azienda Ospedaliera e PdZ, per facilitare il processo;
- l'individuazione precoce dei bisogni del paziente, attraverso la somministrazione di una scheda comune, da parte di ASL già nei primi momenti del ricovero ospedaliero, sia per velocizzare





l'individuazione e il reperimento dei presidi necessari, sia per coordinare le risorse a supporto, rendendo l'intervento il più possibile completo ed efficace. Questo progetto è attualmente in sperimentazione da 6 mesi e sta dando buoni risultati. Concluso il primo anno di prova, se i risultati saranno positivi, si prevede una estensione a tutto il territorio della provincia di Pavia.

Per facilitare l'accesso degli anziani ai servizi sociali e sociosanitari, i tavoli di lavoro hanno individuato le seguenti nuove azioni da inserire nella programmazione comune per la triennalità 2015-17:

- Coinvolgere le strutture RSA, in accordo con la ASL di Pavia, in un'attività di informazione sui possibili servizi a sostegno dell'anziano che non può essere accolto in tali strutture (o che si trova in lista d'attesa), dalla presenza dei centri diurni, al pasto a casa, all'ADI. L'informazione deve essere il più precisa, completa e capillare possibile, in quanto strumento fondamentale per l'incontro del bisogno delle persone fragili con l'offerta presente sul territorio. I medici di medicina generale rappresentano un canale di elezione per la diffusione delle informazioni sui servizi disponibili, in alternativa al ricovero in RSA;
- Aumentare le informazioni in possesso sulle "case famiglia" esistenti sul territorio, anche grazie alle attività di vigilanza che si stanno avviando, con l'obiettivo di implementare un'anagrafe provinciale, da aggiornare nel tempo, per monitorare la situazione. A tal fine, si ritiene fondamentale la sensibilizzazione dei sindaci e, loro tramite, degli uffici che si occupano di ricevere la SCIA in fase di attivazione delle case famiglia, ad oggi unico elemento di controllo. Ci si prefigge di valutare se queste strutture, tuttora senza vincoli normativi, possono rappresentare una risorsa per rispondere ai bisogni sociali degli anziani autosufficienti.

I tavoli, esaminati i percorsi attuati nella triennalità precedente 2012-14, condividono l'interesse a riconfermarli anche per la prossima.

Nella scelta degli obiettivi sovra-zonali si fa leva sullo strumento dell'integrazione, ad esempio attuando azioni o progetti che prevedano una presa in carico integrata sul territorio. Gli obiettivi da inserire nella triennalità 2015-17 per quel che concerne l'area anziani sono:

- *Favorire il mantenimento delle persone non autosufficienti a domicilio, mediante una presa in carico integrata (obiettivo 12);*
- *Promuovere e attuare misure innovative a sostegno della famiglia con componenti fragili, mediante una presa in carico integrata (obiettivo 13);*
- *Facilitare al cittadino l'accesso a servizi sociali e sociosanitari tramite PUA e CEAD (obiettivo 14).*

Infine, come nota procedurale, i tavoli di lavoro hanno dato agli assegnisti dell'Università degli Studi di Pavia (incaricati di fornire supporto alla redazione dei PdZ e presenti a tutti i tavoli) l'incarico di preparare la tabella riassuntiva degli obiettivi sovra-zonali, che ci si pone per il triennio 2015-17.

A tal fine, gli assegnisti dell'Università di Pavia hanno sottolineato l'importanza, già evidenziata da Regione Lombardia, di inserire in questo schema riassuntivo di programmazione alcuni indicatori quantitativi di risultato, così da monitorare efficacemente durante la triennalità l'andamento degli interventi, consentire una più efficace misurazione dei risultati e permettere una raccolta dati più





semplice e funzionale (rendendo possibile in questo modo anche aggiustamenti delle azioni svolte in caso l'indicatore restituisca un dato poco rassicurante).

La misurazione quantitativa completa quella qualitativa già elaborata nelle precedenti triennali, permettendo di fare confronti nel tempo e fra i vari distretti: risulta funzionale sia a fare emergere eventuali buone pratiche esistenti sul territorio, da cui prendere esempio, sia a rilevare situazioni critiche da monitorare e risanare.





Tabella riassuntiva degli obiettivi comuni sovra-zonali per la triennalita' 2015-2017

Titolo obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalita' di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
1. <i>Creare un sistema integrato di interventi sovra-zonali per la prevenzione e il contrasto delle ludopatie</i>	Specifico	Condivisione strategie di interventi ASL/Ambiti; Condivisione sovra-zonale delle strategie di interventi.	Informazione; Formazione; Incontri cadenzati; Costituzione tavoli operativi; Protocollo ASL/Ambiti.	Finanziarie e professionali	Procedure; Iniziative di sensibilizzazione; Incontri nelle scuole per gli adulti/genitori.	Sottoscrizione da parte degli Ambiti di un protocollo comune sovra-zonale N.° di interventi/iniziative realizzati sul territorio N.° di incontri organizzati nelle scuole	SI/NO Realizzazione di almeno 1 intervento/iniziativa annuale Organizzazione di incontri almeno nel 20% delle scuole secondarie (I e II grado)	Monitoraggi o degli interventi/iniziative realizzati	Triennio
2. <i>Valutare in modo uniforme il livello qualitativo delle strutture per la prima infanzia presenti sul territorio a livello sovra-zonale</i>	Generale	Condivisione sovra-zonale degli standard qualitativi	Formazione; Costituzione tavoli operativi.	Professionali	Costituzione di una commissione ASL/PdZ sulla qualita' percepita; Costituzione di una commissione Vigilanza/PdZ per i controlli congiunti sulla qualita' erogata; Realizzazione, distribuzione e monitoraggio di un questionario di customersatisfaction condiviso fra i piani di zona.	N.° di questionari di soddisfazione compilati	% di risposte sul totale dei questionari somministrati	Analisi delle risposte e valutazione degli interventi migliorativi	1 anno per costituire la commissione, i due successivi per completare l'obiettivo





Titolo obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
3. <i>Realizzare un protocollo d'intesa fra ASL/PdZ per l'area minori (tutela dei minori, penale minorile, adozioni)</i>	Strategico	Condivisione di procedure ASL/PdZ	Incontri cadenzati; Costituzione tavoli operativi ASL/PdZ/Comuni; Formazione specialistica.	Professionali	Procedure comuni; Costituzione di Gruppi Operativi	Redazione del Protocollo ASL/PdZ	SI/NO	Monitoraggi o delle procedure realizzate	Triennio
4. <i>Condividere criteri uniformi per accreditare le strutture residenziali per minori</i>	Strategico	Condivisione strategica dell'obiettivo tra ASL, PdZ e Comuni	Informazione; Incontri cadenzati; Costituzione tavoli operativi; Coinvolgimento della Cabina di Regia; Linee guida comuni; Procedure.	Professionali	Linee guida comuni	Realizzazione di linee guida comuni	SI/NO	Linee guida condivise	Triennio
5. <i>Creare una banca dati uniforme e integrata per i minori, basata sulla categorizzazione delle Udo in funzione dei servizi erogati</i>	Strategico	Coordinamento ASL/Ambiti	Informazione; Costituzione tavoli operativi con il Terzo Settore; Coinvolgimento della Cabina di Regia.	Professionali	Banca dati uniforme: flusso dati dai PdZ alla Cabina di Regia, che li elabora per costituire una banca dati.	Definizione delle variabili significative da usare per la costituzione della banca dati; Creazione della banca dati con un flusso regolare di dati.	SI/NO	Dati e aggiornamento almeno annuale della banca dati	Triennio
6. <i>Monitorare il disagio minorile attraverso la costituzione e l'aggiornamento di una banca dati uniforme e integrata</i>	Strategico	Condivisione sovrazonale e con ASL delle informazioni disponibili	Informazione; Incontri cadenzati.	Professionali	Banca dati uniforme e integrata; Analisi dei dati pervenuti.	Definizione delle variabili significative da usare per la costituzione della Banca dati; Creazione della banca dati con un flusso regolare di dati.	SI/NO	Dati e aggiornamento almeno annuale della banca dati	1 anno (con aggiornamento successivo semestrale)





<i>Titolo obiettivo</i>	<i>Tipologia di obiettivo</i>	<i>Interventi/azioni di sistema</i>	<i>Modalità di integrazione</i>	<i>Risorse impiegate</i>	<i>Strumenti utilizzati</i>	<i>Indicatori di esito</i>	<i>Range di valutazione</i>	<i>Strumenti di valutazione</i>	<i>Tempistica</i>
7. <i>Potenziare la rete di protezione giuridica ADS sul territorio</i>	Strategico	Programmazione condivisa ASL/Ambiti; Condivisione sovrazonale delle strategie di interventi.	Informazione; Procedure di prossimità all'utenza attraverso sportelli con caratteristiche omogenee e forniti delle stesse competenze.	Professionali	Mappatura degli sportelli esistenti sul territorio; Organizzazione di almeno tre sportelli, uno per ambito distrettuale, rispondenti al medesimo modello operativo concordato tra ASL, PdZ e i soggetti del terzo settore impegnati nell'attività.	Realizzazione e condivisione di una banca dati Realizzazione degli sportelli sul territorio	SI/NO SI/NO	Dati Operatività degli sportelli (n.° utenti, n.° pratiche, ecc.)	Triennio
8. <i>Condividere le buone prassi per gli interventi di emergenza abitativa</i>	Specifico	Condivisione sovrazonale delle buone prassi e delle strategie di intervento	Costituzione tavoli operativi; Incontri cadenzati; Informazione; Cabina di Regia ASL/PdZ.	Professionali	Buone prassi; Banca dati integrata.	Realizzazione e condivisione delle buone prassi a livello sovra-zonale Presenza di un flusso regolare di dati dai Comuni ai PdZ per l'aggiornamento della banca dati	SI/NO SI/NO	Monitoraggi o delle buone prassi Completezza dei dati, Regolarità nella trasmissione del flusso di dati	Triennio





Titolo obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
9. <i>Costituire un tavolo sulle nuove povertà e condividere le buone pratiche</i>	Generale	Condivisione sovrazonale di esperienze/buone prassi/sperimentazioni avviate nei distretti, al fine di definire un ventaglio di modalità d'azioni diversificate che ogni Ambito può attuare in base ai bisogni e ai dati del proprio contesto territoriale.	Informazione capillare sul territorio; Costituzione tavoli operativi; Documento condiviso di analisi e studio del fenomeno sul territorio e delle modalità con cui affrontarlo.	Professionali	Incontri; Buone prassi rilevate sul territorio.	N° di incontri N.° di buone prassi	Almeno 1 incontro annuale per distretto SI/NO	Dati; documento finale	Triennio
10. <i>Mettere a sistema interventi di assistenza a favore di donne vittime di abusi</i>	Specifico	Condivisione degli interventi con PdZ, ASL, Centri anti violenza, Consulenti e Tribunali.	Informazione capillare sul territorio; Costituzione tavoli operativi; Protocollo.	Professionali	Procedure	Sottoscrizione di un protocollo comune sovra-zonale	SI/NO	Report di monitoraggio	Triennio
11. <i>Consolidare la rete territoriale di conciliazione famiglia-lavoro a livello sovrazonale/provinciale</i>	Specifico	Condivisione delle strategie di interventi ASL/Ambiti/Sindacati/Associazioni di categoria/Terzo Settore/Università/Provincia, attraverso l'Accordo territoriale di conciliazione e il Piano di azione territoriale per la conciliazione.	Accordo territoriale fra ASL/Ambiti/Sindacati/Associazioni di categoria/Terzo Settore/Università/Provincia; Informazione; Formazione; Sensibilizzazione; Incontri periodici con la rete territoriale; Tavolo delle alleanze locali di conciliazione.	Finanziarie e professionali	Piano di azione territoriale; Azioni progettuali specifiche.	N.° di incontri della rete territoriale e delle alleanze N.° di azioni progettuali realizzate sul territorio	Almeno 4 incontri annuali Realizzazione delle azioni progettuali contenute nel Piano di azione territoriale e delle iniziative di informazione su tutto il territorio dell'Ambito	Fogli presenze agli incontri Monitoraggio delle azioni realizzate	Triennio





<i>Titolo obiettivo</i>	<i>Tipologia di obiettivo</i>	<i>Interventi/azioni di sistema</i>	<i>Modalità di integrazione</i>	<i>Risorse impiegate</i>	<i>Strumenti utilizzati</i>	<i>Indicatori di esito</i>	<i>Range di valutazione</i>	<i>Strumenti di valutazione</i>	<i>Tempistica</i>
12. <i>Favorire il mantenimento delle persone non autosufficienti a domicilio, mediante una presa in carico integrata</i>	Strategico	Condivisione di criteri comuni per l'accesso ai servizi: strumenti di valutazione e soglia ISEE uniforme; Programmazione condivisa ASL/Ambiti di prestazioni/Servizi in relazione alla normativa di riferimento.	Formazione congiunta; Costituzione di equipe di valutazione multidimensionale ASL/Comuni/PdZ; Incontri cadenzati (Cabina di Regia ASL/PdZ); Costituzione tavoli operativi; Protocollo ASL/Ambiti.	Finanziarie e professionali	Utilizzo delle procedure; Modalità operative; Scale di valutazione condivise uniformi su tutto il territorio: scheda filtro Triage, ADL/IADL; Valutazione multidimensionale tramite VAOR; Banca Dati integrata; PAI.	Somministrazione scheda filtro Triage da parte dell'operatore N.° di valutazioni multidimensionali effettuate in équipe per casi complessi N.° di ore di formazione	Raggiungimento della soglia minima dell'80% di somministrazioni di schede filtro 100% di attivazioni di valutazioni multidimensionali per pazienti che presentano sia bisogni sanitari che socio-assistenziali Raggiungimento della soglia minima di 20 ore annuali di formazione (congiunte per gli obiettivi 12 e 13)	Report di monitoraggio e valutazione predisposto dalla Cabina di Regia Cartelle socio-sanitarie e sociali Dati, registro presenze	Triennio
13. <i>Promuovere e attuare misure innovative a sostegno della famiglia con componenti fragili, mediante una presa in carico integrata</i>	Strategico	Attuazione degli interventi innovativi a sostegno della famiglia: - RSA aperta, - residenzialità leggera.	Formazione congiunta; Costituzione di equipe di valutazione multidimensionale ASL/Comuni/PdZ; Incontri cadenzati (Cabina di Regia ASL/PdZ); Costituzione tavoli operativi; Protocollo ASL/Ambiti.	Finanziarie e professionali	Procedure; Banca dati integrata; Progetto individuale (PAI); Modalità operative; Scale di valutazione condivise uniformi su tutto il territorio: scheda filtro Triage, ADL/IADL; Stressor del care giver familiare.	Corretto utilizzo delle misure N.° di ore di formazione	SI/NO Raggiungimento della soglia minima di 20 ore annuali di formazione (congiunte per gli obiettivi 12 e 13)	Report di monitoraggio, Cartelle socio-sanitarie e sociali Dati, registro presenze	Triennio
14. <i>Facilitare al cittadino l'accesso a servizi sociali e socio-sanitari tramite PUA e CEAD</i>	Generale	Potenziamento dell'attività di accoglienza e orientamento del cittadino, all'interno della rete dei servizi.	Informazione; Formazione.	Finanziarie e professionali	Banca dati integrata	Realizzazione campagne informative sui servizi sociali e socio-sanitari Implementazione dei siti web istituzionali	SI/NO SI/NO	N.° di campagne informative Implementazione siti web	Triennio





CONOSCENZA E ANALISI SOCIO-DEMOGRAFICA DEL TERRITORIO

La seguente sezione del Piano di Zona è finalizzata a rappresentare il profilo socio demografico del territorio comunale e viene proposta secondo le seguenti classi di dati:

- dati socio-demografici, che fotografano l'evoluzione demografica del territorio nell'ultimo triennio.

Dati socio-demografici del territorio

Nella sottostante tabella, si riportano i dati della popolazione residente nel distretto (popolazione al 1° gennaio 2012-2013-2014 – fonte dati: demo.istat.it)

Comune	2012			2013			2014		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Albonese	265	296	561	263	296	559	272	293	565
Candia Lom.	776	861	1637	766	850	1616	759	839	1598
Castello d'Agogna	553	531	1084	567	545	1112	584	565	1149
Castelnovetto	313	315	628	302	315	617	293	314	607
Ceretto Lom.	101	102	203	96	102	198	92	104	196
Cernago	364	378	742	366	388	754	362	381	743
Cilavegna	2711	2936	5647	2704	2926	5630	2716	2942	5658
Confienza	838	835	1673	822	824	1646	821	836	1657
Cozzo	197	172	369	198	172	370	184	165	349
Langosco	207	225	432	203	221	424	209	216	425
Mortara	7156	8046	15202	7333	8162	15495	7370	8173	15543
Nicorvo	189	173	362	187	175	362	188	179	367
Olevano di Lom.	388	392	780	384	396	780	374	374	748
Palestro	918	974	1892	932	978	1910	987	1000	1987
Parona	983	980	1963	1001	980	1981	1002	973	1975
Robbio	2927	3228	6155	2910	3199	6109	2916	3179	6095
Rosasco	328	302	630	323	295	618	316	300	616
S. Angelo Lom.	434	426	860	433	407	840	425	407	832
Torre Beretti e Castellaro	300	299	599	305	289	594	298	285	583
Zeme	560	516	1076	551	520	1071	557	535	1092
Totale	20508	21987	42495	20646	22040	42686	20725	22060	42785

Come si evince dalla tabella, il *trend* registra un aumento pressoché costante della popolazione residente nell'Ambito Distrettuale.

L'andamento della popolazione residente risente, almeno in parte, per alcuni Comuni, dei diversi tempi di conclusione dei procedimenti di revisione dell'iscrizione all'APR, con conseguente cancellazione per irreperibilità, effettuata a seguito del censimento del 2011.





Analizzando la composizione della popolazione per fasce d'età, negli ultimi anni, la percentuale di anziani (persone con età maggiore di 65 anni) sta progressivamente aumentando, a discapito degli adulti.

La tabella sottostante riporta l'incidenza della popolazione residente nell'Ambito al 1° gennaio 2014 con età superiore a 65 anni, rispetto alla popolazione totale (fonte dati: demo.istat.it):

Comune	Popolazione residente			Popolazione over 65 anni			Incidenza
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	
Albonese	272	293	565	47	111	158	27%
Candia Lom.	759	839	1598	161	250	411	25%
Castello d'Agogna	584	565	1149	93	118	211	18%
Castelnuovo	293	314	607	63	89	152	25%
Ceretto Lom.	92	104	196	19	28	47	23%
Cernago	362	381	743	67	114	181	24%
Cilavegna	2716	2942	5658	433	691	1124	20%
Confienza	821	836	1657	157	235	392	23%
Cozzo	184	165	349	44	51	95	27%
Langosco	209	216	425	44	66	110	25%
Mortara	7370	8173	15543	1360	2177	3537	22%
Nicorvo	188	179	367	39	41	80	21%
Olevano di Lom.	374	374	748	73	88	161	21%
Palestro	987	1000	1987	196	298	494	24%
Parona	1002	973	1975	154	228	382	19%
Robbio	2916	3179	6095	656	897	1553	25%
Rosasco	316	300	616	99	105	204	33%
S. Angelo Lom.	425	407	832	76	84	160	19%
Torre Beretti e Castellaro	298	285	583	43	57	100	17%
Zeme	557	535	1092	112	156	268	24%
Totale	20725	22060	42785	3936	5884	9820	22%

La popolazione costituita da minori si mantiene di fatto sostanzialmente costante, con variazioni contenute, anche a motivo dei flussi migratori in entrata.

La tabella sottostante riassume l'incidenza della popolazione residente nell'Ambito al 1° gennaio 2014 con età inferiore a 18 anni (residenti minorenni), rispetto alla popolazione totale (fonte dati: demo.istat.it):





Comune	Popolazione residente			Popolazione <i>under 18</i> anni			Incidenza
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	
Albonese	272	293	565	34	24	58	10%
Candia Lom.	759	839	1598	99	100	199	12%
Castello d'Agogna	584	565	1149	94	90	184	16%
Castelnovetto	293	314	607	37	35	72	11%
Ceretto Lom.	92	104	196	6	11	17	8%
Cergnago	362	381	743	39	41	80	10%
Cilavegna	2716	2942	5658	459	442	901	15%
Confienza	821	836	1657	107	104	211	12%
Cozzo	184	165	349	16	15	31	8%
Langosco	209	216	425	32	23	55	12%
Mortara	7370	8173	15543	1293	1159	2452	15%
Nicorvo	188	179	367	24	20	44	11%
Olevano di Lom.	374	374	748	57	56	113	15%
Palestro	987	1000	1987	137	136	273	13%
Parona	1002	973	1975	166	152	318	16%
Robbio	2916	3179	6095	417	420	837	13%
Rosasco	316	300	616	28	28	56	9%
S. Angelo Lom.	425	407	832	71	62	133	15%
Torre Beretti e Castellaro	298	285	583	52	56	108	18%
Zeme	557	535	1092	85	65	150	13%
Totale	20725	22060	42785	3253	3039	6292	15%

Per quanto attiene la popolazione anziana, si registra un incremento dell'incidenza degli *over* settantacinquenni, dovuta, oltre al fisiologico fenomeno dell'allungamento medio della durata della vita, anche alla concentrazione, con riferimento al territorio di Mortara di ben quattro strutture residenziali per anziani, nonché di una convivenza per motivi religiosi che registra un numero di residenti nella fascia di età superiore ad anni 75.

Con riferimento alla presenza, nel territorio del Distretto, di strutture residenziali per anziani, si evidenzia l'articolazione della popolazione residente in famiglia sempre con riferimento al 1° gennaio 2014 (fonte dati: demo.istat.it):





Comune	Residenti in famiglia	Residenti in convivenza	totale
Albonese	509	56	565
Candia Lom.	1590	8	1598
Castello d'Agogna	1149	0	1149
Castelnovetto	600	7	607
Ceretto Lomellina	196	0	196
Cergnago	743	0	743
Cilavegna	5581	77	5658
Confienza	1646	11	1657
Cozzo	348	0	348
Langosco	425	0	425
Mortara	15269	274	15543
Nicorvo	367	0	367
Olevano di Lom.	748	0	748
Palestro	1975	12	1987
Parona	1939	36	1975
Robbio	6035	60	6095
Rosasco	612	4	616
S. Angelo Lom.	832	0	832
Torre Beretti e Castellaro	583	0	583
Zeme	1079	13	1092
Totale	42226	558	42784

Come già precisato, per la popolazione minorenni e adulta, le oscillazioni nella composizione delle fasce di età si mantengono complessivamente abbastanza contenute. Nel corso del 2013 il saldo naturale dell'Ambito Distrettuale si conferma ampiamente negativo (fonte dati: demo.istat.it):

Comune	Nati	Morti	Saldo
Albonese	3	19	-16
Candia Lom.	10	20	-10
Castello d'Agogna	5	12	-7
Castelnovetto	3	7	-4
Ceretto Lomellina	0	7	-7
Cergnago	5	11	-6
Cilavegna	34	76	-42
Confienza	11	19	-8
Cozzo	0	6	-6
Langosco	7	5	+2
Mortara	137	187	-50
Nicorvo	3	3	0
Olevano di Lom.	4	15	-11
Palestro	9	23	-14
Parona	17	27	-10
Robbio	28	80	-52
Rosasco	3	9	-6
S. Angelo Lom.	5	11	-6
Torre Beretti e Castellaro	6	7	-1
Zeme	9	23	-14
Totale	299	567	-270





La seguente tabella (fonte dati: demo.istat.it) evidenzia invece il saldo migratorio (differenza iscritti/cancellati dall'APR); si segnala inoltre il saldo migratorio da e per l'estero (il riferimento è sempre il 1° gennaio 2014):

Comune	Italia			Estero		
	Immigrati	Emigrati	Saldo	Immigrati	Emigrati	Saldo
Albonese	32	23	-9	2	0	+2
Candia Lom.	50	53	-3	4	0	+4
Castello d'Agogna	77	44	+33	6	2	+4
Castelnovetto	16	16	0	0	3	-3
Ceretto Lom.	14	14	0	0	1	-1
Cergnago	17	30	-13	3	1	+2
Cilavegna	180	139	+41	8	3	+5
Confienza	65	57	+8	6	1	+5
Cozzo	11	22	-11	0	1	-1
Langosco	22	25	-3	0	0	0
Mortara	438	521	-83	108	29	+79
Nicorvo	16	22	-6	1	0	+1
Olevano di Lom.	19	39	-20	3	0	+3
Palestro	70	80	-10	21	1	+20
Parona	77	85	-8	25	2	+23
Robbio	140	144	-4	23	4	+19
Rosasco	19	21	-2	0	0	0
S. Angelo Lom.	26	40	-14	6	0	+6
Torre Beretti e Castellaro	17	25	-8	1	1	0
Zeme	44	40	+4	5	0	+5
Totale	1350	1440	-90	222	49	+173

Per quanto riguarda lo stato civile delle persone residenti nel territorio, la percentuale delle persone coniugate nel 2014 sfiora il 50% della popolazione complessiva, mentre i celibi/nubili/vedovi, superano il 39%. Si evidenzia un sensibile aumento delle persone divorziate (con un +12,5% rispetto al 2011).

Nel triennio analizzato 2012-2014, si registra un trend di aumento della popolazione straniera, che arriva a costituire nel 2014 il 9% della popolazione complessiva.

Si esamina l'incidenza della popolazione straniera residente nell'Ambito al 1° gennaio 2014, rispetto alla popolazione totale (fonte dati: demo.istat.it):





Comune	Popolazione residente			Popolazione straniera			Incidenza
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	
Albonese	272	293	565	21	16	37	6%
Candia Lom.	759	839	1598	58	63	121	7%
Castello d'Agogna	584	565	1149	62	61	123	10%
Castelnuovo	293	314	607	10	12	22	3%
Ceretto Lom.	92	104	196	5	4	9	4%
Cernago	362	381	743	24	25	49	6%
Cilavegna	2716	2942	5658	152	202	354	6%
Confienza	821	836	1657	32	36	68	4%
Cozzo	184	165	349	8	6	14	4%
Langosco	209	216	425	17	18	35	8%
Mortara	7370	8173	15543	1073	1189	2262	14%
Nicorvo	188	179	367	24	20	44	11%
Olevano di Lom.	374	374	748	40	41	81	10%
Palestro	987	1000	1987	93	63	156	7%
Parona	1002	973	1975	119	98	217	10%
Robbio	2916	3179	6095	194	220	414	6%
Rosasco	316	300	616	8	14	22	3%
S. Angelo Lom.	425	407	832	34	39	73	8%
Torre Beretti e Castellaro	298	285	583	42	35	77	13%
Zeme	557	535	1092	44	39	83	7%
Totale	20725	22060	42785	2060	2201	4261	9%

La popolazione straniera vede, in decisa opposizione al trend della popolazione italiana, una preponderanza di minori e adulti, con una nettissima riduzione della piramide d'età della popolazione *over 65*.

Si consideri, in analisi, l'incidenza dei minori stranieri residenti nell'Ambito al 1° gennaio 2014, rispetto alla popolazione straniera residente totale (fonte dati: demo.istat.it):

Comune	Popolazione straniera			Minori stranieri			Incidenza
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	
Albonese	21	16	37	5	2	7	18%
Candia Lom.	58	63	121	18	15	33	27%
Castello d'Agogna	62	61	123	15	17	32	26%
Castelnuovo	10	12	22	3	1	4	18%
Ceretto Lom.	5	4	9	1	1	2	22%
Cernago	24	25	49	3	5	8	16%
Cilavegna	152	202	354	48	55	103	29%
Confienza	32	36	68	6	5	11	16%
Cozzo	8	6	14	1	0	1	14%
Langosco	17	18	35	4	2	6	17%
Mortara	1073	1189	2262	334	333	667	29%
Nicorvo	24	20	44	9	7	16	36%
Olevano di Lom.	40	41	81	12	13	25	30%
Palestro	93	63	156	12	10	22	14%
Parona	119	98	217	28	18	46	21%
Robbio	194	220	414	59	53	112	27%
Rosasco	8	14	22	1	2	3	13%
S. Angelo Lom.	34	39	73	11	13	24	32%
Torre Beretti e Castellaro	42	35	77	14	11	25	32%
Zeme	44	39	83	10	5	15	18%
Totale	2060	2201	4261	594	567	1161	27%





Nella tabella sottostante si evidenzia, l'incidenza di minori residenti stranieri, rispetto al totale dei residenti di età inferiore ad anni 18 (sempre con riferimento al 1° gennaio 2014 –fonte dati: demo.istat.it):

Comune	Minori residenti			Minori stranieri			Incidenza
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	
Albonese	34	24	58	5	2	7	12%
Candia Lom.	99	100	199	18	15	33	16%
Castello d'Agogna	94	90	184	15	17	32	17%
Castelnovetto	37	35	72	3	1	4	5%
Ceretto Lom.	6	11	17	1	1	2	11%
Cernago	39	41	80	3	5	8	10%
Cilavegna	459	442	901	48	55	103	11%
Confienza	107	104	211	6	5	11	5%
Cozzo	16	15	31	1	0	1	3%
Langosco	32	23	55	4	2	6	10%
Mortara	1293	1159	2452	334	333	667	27%
Nicorvo	24	20	44	9	6	15	34%
Olevano di Lom.	57	56	113	12	13	25	22%
Palestro	137	136	273	12	10	22	8%
Parona	166	152	318	28	18	46	14%
Robbio	417	420	837	59	53	112	13%
Rosasco	28	28	56	1	2	3	5%
S. Angelo Lom.	71	62	133	11	13	24	18%
Torre Beretti e Castellaro	52	56	108	14	11	25	23%
Zeme	85	65	150	10	5	15	10%
Totale	3253	3039	6292	594	567	1161	18%

L'incidenza per area geografica di provenienza della popolazione straniera, vede una netta preponderanza di provenienti dall'area est-europea e dal Nord-Africa.

Basandosi sulle statistiche riferite al 1° gennaio 2014 si evince quanto segue:

- dall'area UE il paese con il numero maggiore di immigrati è la Romania che si assesta con un numero di immigrati equamente divisi fra maschi e femmine;
- dagli altri paesi Europei la provenienza più massiccia è dall'Albania con un numero di immigrati anche qui equamente divisi tra maschi e femmine, con un aumento dell'immigrazione dalla Ucraina e dalla Moldavia con una netta preponderanza di immigrazione femminile;
- dall'Africa i paesi di più consistente immigrazione sono: il Marocco, la Tunisia e la Costa d'Avorio;
- dall'America Latina gli immigrati provengono per lo più da Ecuador (immigrazione prevalentemente femminile) e dal Perù;
- dall'Asia si conferma come paese di maggior immigrazione la Cina.





Accessi all'ufficio di Piano

L'Ambito territoriale di Mortara si è dotato di un servizio di Segretariato Sociale con un'attività, strettamente collegata con il Servizio Sociale professionale e con l'Ufficio di Piano e rivolta:

- *all'utenza*: il Segretariato Sociale rappresenta il primo contatto con il cittadino e con il bisogno espresso, ed è finalizzato a garantire una corretta informazione sulla molteplicità dei servizi erogati, una consulenza qualificata, nonché l'unitarietà di accesso e di presa in carico.
- *all'organizzazione del Servizio Sociale*: il Segretariato Sociale è il luogo dove emerge la domanda e dove la stessa trova la sua dinamica evoluzione ed ha funzione di osservatorio della domanda espressa e del bisogno rilevato.

Gli sportelli attivati nell'Ambito distrettuale di Mortara nel triennio 2012-2014 sono stati otto.

Il servizio vede principalmente una fruizione legata a problematiche relative a soggetti adulti (56%), e a soggetti anziani sopra i 65 anni di età (34%).

Va sottolineato che il dato relativo ai minori non è univocamente determinabile perché, per ovvie ragioni, gli accessi relativi all'area in questione non avvengono per iniziativa diretta degli interessati, ma sono, nella maggioranza dei casi, veicolati da altri Enti istituzionali (Tribunali, ASL, istituti scolastici, ecc.).

I soggetti che accedono al servizio sono prevalentemente figure adulte che appartengono a nuclei familiari con minori a carico (32%) e con anziani (33%).

Appare significativo analizzare le tipologie di problematiche che spingono l'utenza ad accedere al servizio. Emerge chiaramente che le problematiche, spesso fortemente interconnesse tra loro, relative a lavoro, problemi economici e problemi abitativi sono la principale causa di accesso al servizio (complessivamente sommano circa il 63%).

Nello specifico, il problema abitativo è spesso legato alla sopravvenuta incapacità di pagare l'affitto o le rate di un mutuo acceso in tempi in cui il lavoro non mancava. Questo aspetto emerge frequentemente anche tra i cittadini extracomunitari, per i quali, spesso, la situazione è ulteriormente aggravata dalla mancanza di requisiti necessari per poter presentare istanza di assegnazione di alloggio popolare.

Una porzione di utenza si presenta allo sportello per avere informazioni di carattere generale sui servizi territoriali (12%).

L'analisi sulle richieste/problematicità è maggiormente significativa in rapporto alle aree di utenza. Per quanto riguarda gli adulti, emerge in modo ancora più marcato quale sia l'incidenza delle problematiche legate a lavoro, problemi economici e problemi abitativi, spesso intimamente connessi con la perdita di un lavoro stabile, che si attesta complessivamente a circa l'89% degli accessi.

Per quanto riguarda gli utenti anziani, le richieste/problematicità sono maggiormente diversificate: le richieste di interventi di assistenza domiciliare coprono il 47% degli accessi, l'inserimento in struttura residenziale il 13% e gli interventi rivolti a persone non autosufficienti il 8%.

Vi è, comunque, una porzione rilevante anche di persone anziane che presentano problematiche di tipo economico ed abitativo (14%).

Anche le persone con disabilità presentano allo sportello richieste/problematicità di tipo economico (38%). Diversamente dagli adulti però, la richiesta di inserimento lavorativo (18%) non è legata esclusivamente a problematiche di sostegno economico, ma anche alla necessità di interventi educativo-relazionali, socializzanti e di inclusione.





Vi sono poi richieste relative ad assistenza al domicilio (3%), inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali (9%) e interventi specifici per la non autosufficienza (15%).

Tra le diverse tipologie di utenza, l'accesso motivato da richiesta di informazioni/orientamento e pressoché omogenea e si attesta intorno al 10%.

Analizzando l'esito dei colloqui, si evidenzia come il 51,2% si sia concluso con l'acquisizione delle informazioni fornite dal *front-office*, senza necessità di ulteriori interventi, mentre il 47,6% sia stato avviato alla presa in carico da parte del servizio sociale.

Per quanto riguarda gli accessi avviati alla presa in carico, il primo colloquio con il segretariato sociale consente di raccogliere una molteplicità di dati utili per inquadrare le richieste dell'utenza e la documentazione necessaria all'Assistente Sociale per le valutazioni di competenza e l'attivazione della presa in carico.

Commento complessivo sui dati e sui bisogni emergenti

I bisogni emersi attraverso le domande degli utenti delineano un quadro complesso, entro il quale il Servizio Sociale agisce con limitati strumenti e risorse che non rendono sempre possibile l'attivazione di interventi adeguati ed efficaci rispetto alla complessità dei bisogni ed alla loro risoluzione.

La crisi economica ha colpito numerose famiglie del territorio ed ha determinato un costante aumento, nel corso del triennio, del numero di cittadini in stato di disoccupazione o in cassa integrazione, o che non godono più di una occupazione stabile, che si rivolgono al servizio esprimendo il bisogno pressante del lavoro e della casa. Si assiste ad un costante aumento di situazioni interessate da procedure di sfratto per morosità e di perdita dell'abitazione per l'impossibilità di pagare le rate del mutuo e che necessitano di soluzioni abitative di emergenza o di accoglienza temporanea.

Sono inoltre in aumento le situazioni di ex coniugi che, a causa della separazione, si trovano in situazione economica ed abitativa precaria.

Accanto ai bisogni legati alla crisi economica e lavorativa, emergono bisogni espressi da nuclei familiari, in particolare nuclei monogenitoriali composti da donne sole con figli minori, di conciliazione dei tempi di cura dei figli con le esigenze lavorative, bisogni che, spesso, possono essere soddisfatti solo da forme flessibili ed innovative di supporto alle madri lavoratrici.

Un fenomeno emergente e preoccupante per le relative ricadute sociali è l'aumento delle situazioni di persone con problematiche connesse alle dipendenze.

Si rileva, inoltre, la necessità di rispondere al fenomeno allarmante ed in crescita del maltrattamento di genere e della violenza domestica, attraverso una serie di interventi e servizi appositamente dedicati e mirati.

Per l'area anziani, nonostante non si sia rilevato un aumento particolarmente consistente dei casi in carico, l'utenza seguita presenta problematiche complesse, necessitanti di interventi sempre più intensi, principalmente a causa dell'assenza, a differenza del passato, di rete parentale di supporto al *caragiver* e di una fragilità sanitaria, legata, spesso, al decadimento cognitivo.

I bisogni di cura e assistenza di persone anziane non autosufficienti o disabili sono importanti e complessi e necessitano di sempre maggiori risorse economiche ed interventi, definiti attraverso una valutazione individualizzata e multidisciplinare e realizzati con una forte integrazione sociosanitaria sia sul piano della titolarità che dei servizi.





La famiglia e i *caregivers* non istituzionali svolgono un importante ruolo di cura della persona fragile, spesso con un carico di assistenza che richiede di programmare interventi di supporto, al fine di favorire la permanenza al domicilio il più a lungo possibile.

Nel corso degli ultimi anni è progressivamente aumentata la richiesta di servizi ed interventi a favore di disabili adulti che, in alcuni casi, vivono con genitori anziani che necessitano sia di servizi che favoriscano il mantenimento al domicilio che di servizi non professionali (trasporto, disbrigo pratiche...) di supporto alla vita quotidiana.

Con riferimento all'area del benessere del minore e sostegno alla famiglia, si rileva la necessità di individuare precocemente i segnali di disagio e di attivare interventi che possano intercettare i bisogni al fine di evitare degenerazioni delle situazioni di difficoltà.

Occorre implementare il lavoro di rete con le realtà dei vari ambiti (scuola, luoghi di aggregazione, contesti sportivi ...) che, a vario titolo, entrano in relazione con i minori e le famiglie e la possibilità di destinare adeguate risorse alla realizzazione di interventi diversificati e adattabili ai bisogni dei minori e delle famiglie quali, ad esempio, i servizi di supporto educativo.

Si rileva la necessità di favorire la cultura dell'accoglienza e dell'affido al fine di poter fornire risposte più adeguate a specifiche situazioni.

La costante evoluzione e la crescente complessità dei bisogni richiede l'attivazione e la promozione di sinergie e collaborazioni con la rete sociale ed istituzionale, al fine di conoscere e di definire risposte appropriate con interventi coordinati ed integrati.

I dati e i bisogni esposti, rilevati a livello di Ambito territoriale, sono il punto di partenza dell'attività, da realizzare nel prossimo triennio, di costruzione di un sistema di conoscenza integrato, anche con i dati disponibili a livello di ASL, se possibile supportato a livello informatico da *software* gestionali condivisi o da portali a cui si possa accedere per acquisire informazioni o all'interno dei quali procedere all'aggiornamento degli stessi dati condivisi.

In particolare emerge l'esigenza di pervenire ad un'integrazione di informazioni e conoscenze prioritariamente sulle seguenti aree di utenza:

- Anziani non autosufficienti e disabilità grave e gravissima
- Grave emarginazione con i soggetti operanti sul territorio.

Come già evidenziato, gli obiettivi relativi alle aree d'intervento sono stati complessivamente realizzati, compatibilmente con le risorse professionali e finanziarie disponibili e con i numerosi mutamenti avvenuti nel corso del triennio. In particolare, i cambiamenti di scenario riferiti alle strategie di integrazione socio-sanitaria e agli indirizzi, rispetto all'impiego dei fondi trasferiti dalla Regione, nonché l'incertezza sull'entità delle stesse, hanno reso particolarmente complessa l'attività di realizzazione degli interventi.

Un aspetto da migliorare è quello relativo al processo di partecipazione e coinvolgimento dei soggetti che manifestano l'interesse alla realizzazione della programmazione locale.

Per quanto riguarda l'integrazione sociosanitaria, prevista nella programmazione del passato triennio, particolare attenzione è stata rivolta, come previsto dalla normativa regionale (D.G.R. 116/2013 e segg.), alla definizione di modalità operative condivise con ASL di Pavia e Distretto sanitario locale per pervenire alla valutazione ed alla presa in carico integrata di persone non autosufficienti.





STRATEGIE DELL'AMBITO DI MORTARA

Il periodo storico particolarmente sfavorevole da un punto di vista economico e complesso da un punto di vista sociale richiede un progressivo adattamento e miglioramento delle strategie e delle azioni.

La programmazione di obiettivi che possano rispondere ai nuovi bisogni si inserisce nondimeno in un contesto di contrazione delle risorse e di cambiamenti non sempre prevedibili.

Il momento della programmazione costituisce un processo critico che richiede un orientamento verso una maggiore ricomposizione delle politiche sociali, sanitarie, abitative e del lavoro con una visione integrata delle risorse e degli interventi disponibili per ogni area di bisogno.

Alla luce della rilevazione dei bisogni, l'ufficio di piano ha proposto gli obiettivi specifici per la programmazione del piano di zona 2015-2017, calibrandoli in ragione del budget e della necessità di garantire i servizi precedentemente attivati e ormai consolidati sul territorio.

A livello distrettuale, l'omogeneizzazione dei vari regolamenti comunali, legati agli interventi ed ai servizi in ambito sociale, avrà un carattere prioritario, al fine di garantire pari opportunità e trattamento ai cittadini, a prescindere dal comune di residenza degli stessi.

Sarà anche l'occasione per rivedere i criteri di partecipazione alla spesa dei cittadini alla luce della vigente normativa.

Il Piano di zona costituisce lo strumento per favorire le connessioni e l'integrazione delle reti e degli interventi, e rivolge la propria azione alle aree di intervento di seguito elencate, riportate nell'area di utenza di riferimento:

Area	Tematica
Adulti e famiglia	Problematica abitativa
	Povertà ed emarginazione sociale
	Contrasto alla violenza di genere
	Sostegno alla maternità e famiglia e famiglie di appoggio
Anziani	Ricoveri d'emergenza e di sollievo
	Sostegno alla domiciliarità
	Integrazione sociosanitaria
Disabilità e disagio psichico	Integrazione scuola-lavoro per minori disabili
	Protezione adulti disabili privi di rete familiare adeguata
Minori	Benessere del minore, sostegno delle responsabilità genitoriali, contrasto alla dispersione scolastica e al disagio
	Prevenzione delle condotte devianti e illegali minorili
	Affido
Azioni trasversali	Ridefinizione criteri di accesso agli interventi sociali (e adeguamento normativa nuovo ISEE)
	Qualità delle unità di offerta sociale e accreditamento
	Segretariato sociale

Di seguito vengono esposti gli obiettivi previsti per il prossimo triennio, articolati per area di utenza.





Tabella degli obiettivi specifici del Piano di Zona di Mortara per la triennalità 2015-2017

Titolo obiettivo		Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
Conoscenza; Risorse; Servizi	1. <i>Continuare l'erogazione di voucher per alleviare la famiglia nei compiti di cura e sostenere la domiciliarità per evitare o ritardare il più possibile l'istituzionalizzazione dell'anziano o disabile.</i>	Specifico	Aggiornamento dell'albo delle cooperative sociali e degli enti accreditati per l'erogazione delle prestazioni acquistabili con il voucher	Finanziarie e professionali	Regolamento per l'accesso ai titoli sociali; graduatoria; cartelle sociali; isee; riconoscimento invalidità civile; questionario di gradimento del servizio	Adeguatezza della risposta al bisogno tramite somministrazione del questionario di gradimento del servizio N.° Voucher erogati rispetto al n.° di domande pervenute	Raggiungimento ogni anno del 20 % di questionari compilati rispetto alle somministrazioni Raggiungimento ogni anno del 90% di soglia minima dell'erogazione del servizio in base alle richieste pervenute	Analisi dei questionari; dati; cartelle sociali	Triennio
Risorse; Servizi	2. <i>Continuare l'erogazione di voucher per prevenire o individuare situazioni di disagio nelle relazioni familiari a danno dei minori.</i>	Specifico	Aggiornamento dell'albo delle cooperative sociali e degli enti accreditati per l'erogazione delle prestazioni acquistabili con il voucher	Finanziarie professionali	Regolamento per l'accesso ai titoli sociali; graduatoria; cartelle sociali	N.° Voucher erogati rispetto al n.° di domande pervenute	Raggiungimento ogni anno del 90% di soglia minima dell'erogazione del servizio in base alle richieste pervenute	Dati; cartelle sociali	Triennio
Risorse; Servizi	3. <i>Continuare il sostegno economico a favore di anziani e disabili in regime di ricovero di sollievo.</i>	Specifico	Aggiornamento del regolamento; informazione	Finanziarie e professionali	Regolamento per l'accesso; domanda a sportello; isee; campagne informative	N.° di contributi erogati rispetto al n.° di domande pervenute; n.° di campagne informative	Raggiungimento ogni anno del 70% di soglia minima dell'erogazione del contributo in base alle richieste pervenute; Almeno 1 iniziativa di informazione per anno.	Dati	Triennio





Titolo obiettivo		Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
Conoscenza; Risorse	4. <i>Contrasto all'emergenza abitativa e politiche della casa</i>	Specifico	Monitoraggio con i Comuni dell'Ambito dei nuclei familiari a rischio di sfratto Stesura e approvazione linee guida per erogazione contributi economici per alloggio	Finanziarie e professionali	Contributi economici; Relazioni dell'Assistente Sociale per proroga esecuzione sfratto; Graduatoria; Contributo per il pagamento dell'affitto	N.° interventi e n. contributi erogati rispetto al n.° di domande pervenute	Raggiungimento ogni anno della soglia del 30% dei contributi erogati rispetto alle richieste pervenute	Dati e relazioni sociali	Triennio
Risorse	5. <i>Interventi e misure per facilitare l'inclusione sociale</i>	Generale	Contributo finalizzato al sostegno delle famiglie in difficoltà per acquisto generi di prima necessità, erogato ai Comuni dell'Ambito ad integrazione delle risorse messe a disposizione dai bilanci comunali; informazione agli uffici comunali per il corretto utilizzo	Finanziarie	Corretto utilizzo da parte dei Comuni del Buono spesa	Adeguatezza dell'erogazione del buono tramite giustificativi di spesa trasmessi dai Comuni	Raggiungimento ogni anno della soglia del 70 % dei giustificativi ricevuti rispetto alle risorse trasferite	Dati	Triennio
Risorse	6. <i>Interventi e misure per facilitare l'inserimento lavorativo</i>	Specifico	Conferma della convenzione con SIL Vigevano	Finanziarie	Scheda di segnalazione al SIL	N.° di attivazioni rispetto alle segnalazioni pervenute	Raggiungimento ogni anno della soglia del 30% di borse lavoro attivate sul totale delle segnalazioni pervenute	Dati; schede finali	Triennio





Titolo obiettivo		Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
Risorse	7. <i>Continuare l'utilizzo del Servizio "Spazio Neutro" per garantire un rapporto tra il minore e i propri familiari quando sussistono situazioni di grave disagio.</i>	Specifico	Prosecuzione della convenzione con il Comune di Vigevano	Finanziarie	Convenzione con il Comune di Vigevano per l'utilizzo del Servizio "Spazio Neuro"	Mantenimento della convenzione	Si/No	Relazione annuale sul N.° di utenti provenienti dal PdZ di Mortara che accedono al servizio e n.° di incontri svolti	Triennio
Conoscenza; Risorse	8. <i>Iniziativa di sostegno e accompagnamento, attraverso progetti personalizzati, a favore di persone disabili gravi.</i>	Specifico	Cofinanziamento di progetti integrati di assistenza e sollievo domiciliare agli utenti disabili finalizzato al sostegno delle famiglie	Finanziarie e professionali	Procedura; Banca dati; Cofinanziamenti erogati ai sensi della legge 162/98; Requisiti di accesso: riconoscimento dell'invalidità civile; L. 104/92	N.° di progetti presentati	Raggiungimento ogni anno della soglia dell'80 % dei contributi erogati rispetto alle richieste pervenute	Dati	Triennio
Risorse	9. <i>Sostegno degli oneri relativi agli interventi di affido e istituzionalizzazione dei minori soggetti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria per i Comuni con popolazione fino a 1.000 abitanti.</i>	Specifico	Regolamento relativo ai criteri per l'accesso e di riparto del fondo annuale di solidarietà ai sensi dell'art. 4 - comma 4 - della L.R. 34/2004 "Politiche regionali per i minori"	Finanziarie	Scheda di rendicontazione delle spese sostenute dai Comuni	Adeguatezza dell'erogazione ai Comuni in relazione alle spese sostenute in base ai fondi disponibili	Aumento della soglia minima di copertura dal 5% delle spese, come previsto dalla L. R. 34/2004, al 7%.	Dati	Triennio





Titolo obiettivo		Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
Conoscenza; Risorse; Servizi	10. <i>Continuare la gestione in forma associata dei servizi di segretariato sociale e servizio sociale professionale nei comuni privi di assistente sociale propria.</i>	Generale	Gestione associata dei servizi con trasferimento finanziario su quota capitaria da parte dei Comuni aderenti all'Ufficio di Piano	Finanziarie e professionali	Procedure; banche dati; cartelle sociali; relazione finale attività svolta	Mantenimento del servizio	Si/No	Cartella sociale; n.° di utenti presi in carico	Triennio
Conoscenza; Risorse	11. <i>Collaborazione con il Terzo Settore e strutture per anziani e disabili del territorio per seguire l'iter procedurale per la nomina dell'Amministratore di Sostegno.</i>	Strategico	Convenzione con Anfass Mortara per seguire l'iter procedurale per la nomina dell'Amministratore di Sostegno	Finanziarie	Convenzione con Anfass di Mortara; Monitoraggio del numero di utenti che accedono al servizio convenzionato	Prosecuzione della convenzione; Flusso di dati relativo al numero di utenti che usufruiscono del servizio convenzionato	Si/No	Dati, n.° di cartelle sociali aperte	Triennio
Conoscenza	12. <i>Continuare il mantenimento di una banca dati integrata relativa ai minori accolti presso le strutture residenziali vittime di abuso/maltrattamento o violenza, ai sensi della normativa regionale</i>	Specifico	Convenzione tra Asl e Ambito Distrettuale	Professionali	Banca dati integrata; P.E.I.; documenti contabili attestanti il pagamento delle rette.	Presenza di un flusso regolare di dati tra Comuni, Piano di Zona per l'aggiornamento della banca dati. I dati raccolti sono trasmessi all'ASL per gli adempimenti stabiliti dalla convenzione	Si/No	Completezza dei dati; regolarità nella trasmissione del flusso di dati	Aggiornamento trimestrale
Servizi	13. <i>Uniformare i criteri di accesso ai servizi a livello di Ambito Distrettuali</i>	Strategico	Condivisione strategica dei criteri di accesso ai servizi erogati dai Comuni	Professionali	Protocollo	Isee Comune	Si/No	Applicazione Isee omogenea al almeno il 20% dei servizi	Triennio





	Titolo obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
Conoscenza; Risorse	14. <i>Proseguire l'attività del Punto Lavoro</i>	Specifico	Confermare la convenzione con la fondazione "Le Vele"	Finanziarie	Convenzione con la fondazione "Le Vele"	Prosecuzione della convenzione; Flusso di dati relativo al numero di utenti che usufruiscono del servizio convenzionato	Si/No	N.° di utenti che trovano lavoro	Triennio
Conoscenza; Risorse	15. <i>Proseguire l'attività dello sportello stranieri</i>	Specifico	Confermare la convenzione con l'associazione "Oltremare"	Finanziarie	Convenzione con l'associazione "Oltremare"	Prosecuzione della convenzione; Flusso di dati relativo al numero di utenti che usufruiscono del servizio convenzionato	Si/No	N.° di pratiche espletate; n.° di informazioni date.	Triennio





A Casa MIA

Servizio di Assistenza domiciliare Comunitaria per le persone non autosufficienti (persone anziane e persone con disabilità)

Il Tipo di Intervento

La costruzione del progetto

DIRITTI		SOSTEGNI ATTIVABILI		REQUISITI		COINVOLGIMENTO DELL'ENTE PUBBLICO	
Assistenza Domiciliare Comunale	LR 3/2008	Voucher ex B1 1000/€ mese Voucher ex B2 800/€ mese		ISEE Richiedente ISEE Richiedente		Valutazione Multidimensionale ASL/Comuni Erogazione del Voucher Controllo delle prestazioni	
Vita indipendente per persone con disabilità Motoria	Legge 162/98 Dgr 740-2013 B2	Elaborazione di un progetto di assistenza indiretta da realizzarsi mediante l'assunzione di assistente familiare e/o acquisto di prestazioni di assistenza		ISEE Richiedente		Valutazione Multidimensionale ASL/Comuni Erogazione del Voucher Controllo delle prestazioni	
Assistenza Domiciliare Privata		1.Assunzione Diretta di Assistente familiare 2.Acquisto di prestazioni specialistiche e/o di case manager da ente fornitore (cooperative ecc)		Assunzione in regola Contratto di servizio		Sperimentazione Sociale Art.13 comma 1, lettera b) L.R. 3/2008 Titolo 5 Decreto Direttore Generale N.1254/2010	
Co-abitazione in appartamento o casa di proprietà		Progetto per la con-vivenza in appartamento di persone con bisogni di sostegno di diversa intensità che decidono di costituire un nucleo abitativo autonomo assumendo uno o più assistenti familiari valorizzando il patrimonio della propria abitazione		Assunzione in regola di assistente familiare da parte dell'AdS Contratto di servizio per prestazioni di case manager		Sperimentazione Sociale Art.13 comma 1, lettera b) L.R. 3/2008 Titolo 5 Decreto Direttore Generale N.1254/2010	
Vita Indipendente per persone con disabilità intellettiva	ART.19 CRPD Legge 18/2009 DPR 4.10.13	Progetto per la con-vivenza in appartamento di persone che desiderano emanciparsi dai genitori e/o dai servizi e che possano assumere tramite il loro AdS uno o più assistenti alla persona, stipulando con un ente specializzato un contratto per la fornitura di prestazioni di case manager		Assunzione in regola di assistente familiare Contratto di servizio per prestazioni di case manager Integrazione con servizi territoriali accreditati che hanno in carico gli utenti		Sperimentazione Sociale Art.13 comma 1, lettera b) L.R. 3/2008 Titolo 5 Decreto Direttore Generale N.1254/2010	





COMENOI cooperativa Sociale Mortara

Proposta Interventi di supporto all'azione del PdZ 2015-2017 Titolo obiettivo SOVRAZIONALE	Intervento innovativo proposto da COMENOI	Modalità di integrazione a livello d'ambito e provinciale	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
7. <i>Potenziare la rete di protezione giuridica ADS sul territorio</i>	<i>Ti prendo per mano</i> ... Creazione di un Servizio di Protezione Giuridica per le persone fragili residenti presso tutti i Comuni del Piano di Zona	Collegamento con Sportelli AdS esistenti Integrazione con funzioni e compiti UPG ASL Pavia	Contributo Annuale di 1000,00 € da parte di ciascun comune del PdZ Personale esperto in carico alla COMENOI	Modulistica a cura della COME NOI Materiale informativo a cura della COMENOI	Banca dati territoriale delle persone fragili con AdS Elenco AdS operativi a livello di PdZ	Numero Accessi Costituzione Elenco	Dati Relazione di fine triennio dell'attività del servizio	Triennio
13. <i>Promuovere e attuare misure innovative a sostegno della famiglia con componenti fragili, mediante una presa in carico integrata</i>	A CASA MIA Attuazione di interventi innovativi di <input checked="" type="checkbox"/> Sostegno Abitativo <input checked="" type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare <input checked="" type="checkbox"/> Vita Indipendente Rivolti alle persone fragili e potenzialmente esposte al rischio di interventi inappropriati di assistenza di personale non regolare o di inserimento inappropriato in Case di Riposo VD Griglia Allegata	Raccordo con ufficio di Piano, Medici di base e associazioni del TS per incrementare l'utilizzo delle misure innovative di regione Lombardia, Buoni e Voucher per persone con gravi e gravissimi disabilità (ex B1 e B2)	Risposte a Domanda Pagante	Vd griglia allegata	Vedi griglia allegata	Vedi griglia allegata	Vedi griglia allegata	Triennio





Proposta per avviamento di un servizio di protezione giuridica per le persone fragili a livello di ambito del Piano di Zona di Mortara

Considerato che con la legge 6/2004 il codice civile ha ridefinito radicalmente il significato della protezione giuridica della persona fragile introducendo l'istituto dell'amministrazione di sostegno e riservando agli istituti preesistenti dell'interdizione e della curatela, un ruolo del tutto marginale e residuale;

Appurato che la norma ha allargato la platea dei cittadini fragili bisognosi di protezione giuridica ben oltre gli ambiti di intervento riservati alla tutela ed all'inabilitazione. In più ha previsto il coinvolgimento diretto dei servizi sociali e in generale dei servizi pubblici nel procedimento di nomina dell'amministratore di sostegno. Ciò ha determinato nei fatti un incremento esponenziale delle richieste di nomina di amministratori di sostegno rivolte ai Tribunali ed ai servizi sociali e con ciò' anche la necessità di sostenere ed affiancare le persone fragili che possono accedere a tale istituto;

Considerato inoltre che Regione Lombardia ha previsto con circolare n.9 del 27 giugno 2008 in attuazione della Legge 3/2008 l'istituzione presso ogni ASL di un ufficio di protezione giuridica per assolvere in via principale ai compiti di orientamento dei cittadini e dei servizi sociali sulla materia, prevedendo anche la possibilità che tale compito di orientamento possa essere assunto a livello di ambito comunale dei piani di zona, coinvolgendo il terzo settore;

La scrivente cooperativa sociale COME NOI di Mortara, attiva dal 2004 in materia di protezione giuridica delle persone con diverse fragilità, intende proporre la presente manifestazione di interesse per la co-progettazione e l'avviamento di un servizio di protezione giuridica rivolto ai residenti nell'ambito territoriale del piano di zona di Mortara rivolto ai cittadini con diverse condizioni di fragilità, con le seguenti finalità

- Potenziare la protezione giuridica delle persone fragili del territorio attraverso un'azione competente capace di promuovere sinergie con il mondo delle associazioni di volontariato
- Ridurre i costi economici e l'impiego di ore lavoro con oneri a carico dei comuni del personale che si occupa di protezione giuridica

Benefici Economici per l'ambito del piano di Zona e per tutti i comuni afferenti

La proposta in essere non apporta al piano di zona ed ai comuni risorse aggiuntive economico-finanziarie ma garantisce a tutti i comuni del PdZ un sicuro risparmio di costi economici diretti e di ore lavoro remunerate da tutti i comuni, realizzabili attraverso la concentrazione in un unico servizio di tutte le istanze di protezione giuridica del territorio e riduzione /eliminazione del carico di lavoro delle assistenti sociali del pdz e dei comuni e del personale amministrativo dei comuni, rispetto al crescente lavoro sul tema della protezione giuridica.





NOTA CONCLUSIVA

Ampliare la connessione con le reti già attive e ridurre la frammentazione di risorse, interventi e conoscenze rappresenta sicuramente la sfida che l'Ambito di Mortara intende affrontare nella programmazione del prossimo triennio.

Col presente Piano di Zona si vuole rafforzare la modalità di lavoro, già delineata nel precedente triennio, al fine di rendere più efficace l'azione di consolidamento delle forme di integrazione degli interventi e servizi socio sanitari a garanzia dell'unitarietà e globalità della persona.

Allo stesso modo si vuole consolidare il processo di partecipazione e coinvolgimento degli interlocutori del territorio promuovendo l'attivazione di tutte le risorse disponibili per ampliare la capacità di prendere in carico nuovi bisogni.

Il Piano di Zona deve essere concepito come strumento flessibile che possa accompagnare, nel tempo, la costante evoluzione di bisogni, normative e disponibilità di risorse.

In quest'ottica l'azione di programmazione svolta per la costruzione del Piano di Zona continua nel processo di attuazione e revisione che, attraverso il monitoraggio, la valutazione e la verifica, promuove una riprogrammazione costante degli interventi in ottica di compartecipazione in termini di progettualità, di risorse e di responsabilità.

